

**DAS PROBLEM DER AUFKLÄRUNG UND INFORMATION
BEI AKUTKRANKENHAUSPATIENTEN
UND SEINE ERFORSCHUNG**

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultäten
der Albert-Ludwigs-Universität
zu Freiburg im Breisgau

vorgelegt von
Dr. med. Hans-Heinrich Raspe
aus Lübeck

Freiburg i. Br. 1979

**DAS PROBLEM DER AUFLÄRUNG UND INFORMATION
BEI AKUTKRANKENHAUSPATIENTEN
UND SEINE ERFORSCHUNG**

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde
der Philosophischen Fakultäten
der Albert-Ludwigs-Universität
zu Freiburg im Breisgau



vorgelegt von

Dr. med. Hans-Heinrich Raspe
aus Lübeck

Freiburg i. Br. 1979

Referent: Prof. Dr. H. Popitz
Korreferent: Prof. Dr. J. Siegrist
Sprecher: Prof. Dr. H. Steger
Tag der Promotion: 20.7.1979



INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
DANKSAGUNG UND VORWORT	I
EINLEITUNG	1
I. ZUR GRUNDLEGENG DES THEMAS	11
1. Die Entstehung des Allgemeinen Krankenhauses im deutschen Sprachraum ausgangs des 18. Jahrhunderts	11
2. Der bürokratische Charakter des Allgemeinen Krankenhauses - das Problem der Herrschaft	17
3. Die juristischen und ärztlich-ethischen Grundlagen der Aufklärung - das Problem der Herrschaftsbegrenzung	35
4. Die adaptive Bedeutung von Aufklärung und Information in kognitionspsychologischer Sicht	42
5. Soziale Grenzen und Möglichkeiten der Patientenaufklärung - zur Aktualität des Themas	58
II. DIE EMPIRISCHEN BEFUNDE UND IHRE DISKUSSION	68
1. Der Fall des Herrn Sch. - eine einführende Kasuistik	70
2. Die Informationsbedürfnisse von Akutkranken- hauspatienten	79
3. Das Informations- und Aufklärungsdefizit	101
3.1. Das Ausmaß der Informationsbedürfnisse im Verlauf und am Ende des Aufenthaltes	102
3.2. Die Kritik an Aufklärung und Information. Die Zufriedenheit der Patienten	104
3.3. Gespräche mit dem Stationsarzt	110
3.4. Die Ausnutzung alternativer Strategien	113
3.5. Das subjektive und das faktische Krankheitswissen	114

	Seite
4. Wahrscheinliche Implikationen und Folgen eines Informations- und Aufklärungs- defizites	123
5. Einige Gründe aus medizinsoziologischer Sicht	150
5.1. Die Einstellungen von Krankenhaus- ärzten, vorklinischen Medizinstudenten und Pflegepersonen zur Patientenauf- klärung	154
5.2. Der Einfluß ärztlicher und pflegeri- scher Handlungsrouinen am Beispiel der Stationsarztvisite	168
III. ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE	211
IV. ANHANG ZU DEN EMPIRISCHEN STUDIEN UND DEN INSTRUMENTEN	221
V. LITERATURVERZEICHNIS	240

DANKSAGUNG UND VORWORT

Im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit sind Forschungsergebnisse zusammengefaßt, die in mehreren medizinsoziologischen Studien zwischen 1971 und 1977 gewonnen wurden. Trotz wechselnder Detailfragestellungen, örtlicher und positioneller Veränderungen der Untersucher und eines sich ständig erneuernden Mitarbeiterkreises sind alle Studien vor allem durch zwei Klammern verbunden:

1. Durch das immer wieder einbezogene Thema der Aufklärung und Information bei Krankenhauspatienten und
2. durch zwei die Untersuchungen vor allem tragende Personen:
Prof. Dr. phil. Johannes SIEGRIST und den Autor.

Da J. SIEGRIST als Leiter der Abteilung für medizinische Soziologie der Philipps-Universität Marburg inzwischen einen zweiten Forschungsschwerpunkt ("Belastende Lebensereignisse und koronare Herzkrankheit") etabliert hat, und da der Autor die Abteilung nach mehrjähriger Mitarbeit im Sommer 1978 verlassen hat, steht diese Zusammenfassung an einer Zäsur der langen und freundschaftlichen und, wie ich hoffe zeigen zu können, erfolgreichen gemeinschaftlichen Arbeit.

Zuallererst danke ich Johannes SIEGRIST für die Einführung in die medizinische Soziologie sowie für die immer partnerschaftliche Möglichkeit zur empirischen Forschung; ebenso für die Überlassung der weitgehend gemeinsam erhobenen empirischen Materialien.

Er hat mir zu der bescheidenen wissenschaftlichen Selbständigkeit verholfen, in der ich das Thema der Aufklärung und Information bei Krankenhauspatienten zunehmend eigenverantwortlich bearbeiten, vor allem aber nach außen vertreten konnte.

Ich danke auch Frau Dr. phil. U. KNEER, Frau Dr. med. et phil. M. BEGEMANN-DEPPE und ganz besonders Frau Dipl. Soz. Gunhild EULENBURG für ihre Zusammenarbeit, ihre Anregungen und Widerstände.

Mein Dank gilt drittens der Deutschen Forschungsgemeinschaft, die mir eine erste projektgebundene Stelle von 1971 bis 1973 in

Freiburg/Brsg. finanziert hat und die die Arbeit in Marburg durch großzügige Personal- und Sachmittel im Rahmen des Sonderforschungsbereiches 122 "Adaptation und Rehabilitation" unterstützt. Ohne diese institutionelle und finanzielle Absicherung und ohne die fachlichen Anregungen der Mitglieder des Sonderforschungsbereiches, vor allem seines Sprechers Prof. Dr. G. HILDEBRANDT, wären unsere letzten Studien nicht möglich geworden.

Diese kurz umrissene Entstehungsgeschichte der vorliegenden Arbeit macht ihre Ziele verständlich:

1. Sie soll alle zu dem genannten Thema seit 1971 erhaltenen eigenen Ergebnisse sichern, zusammenstellen und selbstkritisch diskutieren.
2. Sie soll eine in der Bundesrepublik noch ausstehende Literaturübersicht anhand aller mir bekannten und selbst zugänglichen Veröffentlichungen in deutscher und englischer Sprache geben (cf. FLETCHER 1973; HARLEM 1977).
3. Sie soll dem Thema eine breite Grundlage durch einen medizin-geschichtlichen, einen organisations- und herrschaftssoziologischen und einen adaptationstheoretischen "Exkurs" verschaffen.
4. Sie soll damit das Fundament legen für weitere empirische Studien - eigene und solche der fortbestehenden Arbeitsgruppe an der Abteilung für medizinische Soziologie der Universität Marburg.

Insofern habe ich jede Glättung und Überbrückung von theoretischen und empirischen Widersprüchen oder Lücken bewußt vermieden. Vorangestellt ist eine Einleitung, die in gedrängtester Form in die zur Grundlegung des Themas herangezogenen Überlegungen einführt. Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und einiger forschungspraktischer Konsequenzen, die sich aus Theorie- und Datendefiziten ergeben, schließen die Arbeit ab.

Angesichts der genannten Aufgabenstellung muß zugestanden werden, daß der Text mehr auf empirische und diskursive Breite als auf theoretische Tiefe angelegt ist. Es ist nicht allein eine Theorie gewählt und empirisch überprüft worden, sondern es werden Über-

legungen aus ganz unterschiedlichen Wissenschaftsprovinzen herangeführt - neben einem guten Stück Alltagsverstand, zu dem der Arzt ein unkomplizierteres Verhältnis hat als der Soziologe.

Hannover, Januar 1979

Hans-Heinrich Raspe



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543108_0015

EINLEITUNG

Im August 1802 schreibt Christoph Martin WIELAND (1733-1813) an seinen Sohn Ludwig: "Weißt Du auch was Schriftstellerei, als Nahrungszweig getrieben, an sich selbst, und besonders heutzutage in Deutschland ist ? Es ist das elendste, ungewisseste und verächtlichste Handwerk, das ein Mensch treiben kann - der sicherste Weg im Hospital zu sterben" (nach SEMBDNER 1977, 65).

So beherzigenswert diese Warnung auch heute noch sein mag - WIELAND meinte zum Glück das Schreiben von Romanen und Theaterstücken - die letzte Drohung hat ihren Schrecken verloren: Während sich noch 1884 (!) nur 4,6 % aller Sterbefälle (in Preußen) in einem Krankenhaus ereigneten (GUTTSTADT 1886, 20), sterben an diesem Ort heute (1976) 54 % aller Bundesbürger; und 99 % aller Kinder werden dort geboren. Daß 1976 auf jeden von uns mehr als 3 Pflegetage in einem Akutkrankenhaus entfielen, zeigt ebenfalls, daß Krankenhäuser heute nicht mehr am Abgrund oder an der Peripherie einer bürgerlichen Existenz stehen. Sie sind im Gegenteil aus keinem Lebenslauf mehr fortzudenken.

Ein Krankenhausaufenthalt hat das Außergewöhnliche, das sozial Auffällige verloren. "Im Hospital zu sterben" hieß ja in WIELAND's Verständnis, in der Gosse zu landen. Am Ende des 18. bis in das späte 19. Jahrhundert hinein war ein Krankenhausaufenthalt tatsächlich sozial stigmatisierend: Krankenhäuser präsentierten sich "gleichsam als Sonderform des Armenhauses" (JETTER 1977, VII) - und ein solcher Aufenthalt war gefährlich:

Um 1780 erreichte die Gesamtsterblichkeit in großen Häusern, wie z.B. dem Hotel Dieu in Paris gut 20 % (ACKERKNECHT 1967, 20); in kleineren, wie z.B. dem Dreifaltigkeitsspital in Wien, noch gut 8 % (LESKY 1967, 24). Nur in Ausnahmefällen kam man den heutigen Letalitätsraten von unter 4 % nahe (Material bei FISCHER 1965, 388 ff.).

Diese wenigen Hinweise beleuchten schlaglichtartig die soziale Anerkennung und die Erfolge, die sich das Krankenhauswesen seit Gründung des ersten großen "Allgemeinen Krankenhauses" in Wien

1784 gewonnen hat. Krankenhäuser haben sich seit dieser Zeit zu von uns allen beanspruchten, uns unverzichtbaren und segensreichen Einrichtungen entwickelt.

Trotz dieser Erfolgsbilanz sind unsere Gefühle dem Krankenhaus gegenüber gemischt geblieben - aus zwei Gründen: Ins Krankenhaus zu müssen, bedeutet in der Regel, eine schwere oder eine unklare verdächtig-bedrohliche Krankheit zu haben; und es bedeutet, sich zusätzlichen und außeralltäglichen Belastungen - körperlichen wie seelischen - aussetzen zu müssen. In Hoffnung, Erleichterung und Dankbarkeit mischen sich oft Angst, Ärger oder Enttäuschung.

Hospitalisierung bedeutet also immer auch Belastung. Dieser Gedanke ist so alt wie das Allgemeine Krankenhaus selbst. Er hat - jeweils in zeitgemäßer Form - seine Entwicklung begleitet und beeinflußt.

Das Krankenhaus ist immer auch Gegenstand wacher Kritik gewesen.

Ein Teil der Kritik kam und kommt sozusagen von innen. Ihr Ziel ist die Verhütung weiterer somatischer und/oder psychischer Schädigungen. Sie will auf eine Effektivierung der ärztlichen Bemühungen hinaus.

Das Stichwort, unter dem die Ärzte selbst solche Hospitalisierungsfolgen gefaßt und diskutiert haben, lautet: Hospitalismus.

Eine noch heute gültige Bestimmung stammt von dem Naturforscher LAVOISIER (1743-1794): "Daß ein Spital ungesund ist, äußert sich in erster Reihe darin, daß sich die Heilung der Kranken verzögert; in letzter Reihe aber, daß sich deren Krankheiten solche Leiden anschließen, an denen sie bis dahin nicht gelitten hatten" (zitiert nach BOKAY 1922, 5).

Dieses Hospitalismusproblem selbst existiert so lange wie eine in stationären Einrichtungen tätige Medizin. Wissenschaftlich diskutiert und praktisch bekämpft wurde es bisher in drei Stufen. Auf jede Stufe stellte es sich anders - vor allem in unterschiedlicher Schärfe.

Auf eine (in der Bundesrepublik gerade erreichte) vierte wird gesondert einzugehen sein. Die ersten drei waren:

- a) Um 1850 wurde - vor allem von der österreichischen und englischen Geburtshilfe und Chirurgie (SEMMELEWIS, LISTER) - das Problem des infektiösen Hospitalismus diskutiert. Vor dieser Zeit fielen bis zu 60 % der chirurgischen Patienten und bis zu 30 % der Wöchnerinnen dem "febris nosocomialis" zum Opfer.

Gegen zum Teil erbitterten Widerstand hatte diese Diskussion die schrittweise Einführung antiseptischer und aseptischer Maßnahmen im Krankenhaus zur Folge (cf. MURKEN 1974, 1976).

- b) An der Schwelle zum 20. Jahrhundert wurde der psychische Hospitalismus bei Kindern von der deutschen Pädiatrie (HEUBNER, v. PFAUNDLER, BAGINSKY, FINKELSTEIN) "entdeckt". Allerdings lassen sich schon frühere Hinweise auf die Kenntnis dieses Phänomens, z.B. bei Theodor BILLROTH (BILLROTH 1869) finden; und es dauerte bis 1945, ehe neue Befunde die schnell verschüttete Diskussion der Jahrhundertwende wieder aufleben ließen: In diesem Jahr veröffentlichte R. SPITZ die erste seiner Hospitalismusstudien.

Als praktische Konsequenzen ergaben sich u.a. - ebenfalls nicht ohne Widerstand und Verzögerung - das "rooming-in", liberale Besuchszeitregelungen, psychologische Dienste und die Vermehrung und psychologische Schulung der Pflegekräfte.

- c) Ende der 50er, Anfang der 60er Jahre folgte die genaue Untersuchung des psychischen Hospitalismus erwachsener psychiatrischer Patienten - zuerst in England (BARTON, WING). Auch hier sehen wir frühe kontinentale Vorläufer. Aber praktische Konsequenzen, die das Bild der Anstalten sehr rasch wandelten, ergaben sich erst in unserer Zeit - ohne Zweifel mit Unterstützung der neugewonnenen psychopharmakologischen Möglichkeiten: Geschlossene Häuser konnten geöffnet werden, Zwangsjacke und Schocktherapie, Anstaltsuniform und Wachsaal verschwanden weitgehend.

Die wissenschaftlichen und praktischen Bemühungen auf den Gebieten des infektiösen und psychischen Hospitalismus halten an. Die Selbstkritik der klinischen Medizin wird und muß sich fortsetzen. Ihr erstes Ziel ist, um es noch einmal zu betonen, dem Patienten

weitere Krankheiten zu ersparen bzw. selbstverursachte "iatrogene Hindernisse des Heilungsprozesses zu beseitigen.

In der Bundesrepublik kündigte sich die vierte Stufe der ärztlichen Hospitalismuskussion an in einem Referat des Inter-
nisten F. HARTMANN vor der 109. Versammlung Deutscher Naturfor-
scher und Ärzte 1976. Er inaugurierte auf der Grundlage von
Überlegungen des Medizinsoziologen ROHDE (ROHDE 1974) den Begriff
eines "psychosozialen Hospitalismus" erwachsener nichtpsychia-
trischer Krankenhauspatienten (HARTMANN 1976, 1977).

Ich schlage vor, unter diesem Begriff alle jene psychischen,
somatischen und verhaltensmäßigen Beeinträchtigungen zu fassen,
die solchen Krankenhauspatienten aus den psychosozialen Belastun-
gen einer Hospitalisierung erwachsen - soweit solche Folgen
a) objektivierbar und b) ärztlich bzw. medizinisch von Belang
sind (cf. RASPE 1979). Damit ist der den ersten drei Stufen
der Diskussion zugrunde liegende Hospitalismusbegriff in seiner
Extension über die in ihm angezielten Störungen von Krankheits-
wert hinaus erweitert.

Die medizinsoziologische Forschung der letzten 20 Jahre, die
v.a. in den USA und Großbritannien (also nicht im deutschspra-
chigen Raum) stattfand, hat eine erhebliche empirische Evidenz
dafür erbringen können, daß ein Aufklärungs- und Informations-
defizit - natürlich nach den Krankheits- und Behandlungsfolgen -
die wesentlichste psychosoziale Belastung (LEVI 1972) für Kran-
kenhauspatienten darstellt und tatsächlich mit objektivierbaren
und ärztlich bzw. medizinisch bedeutsamen Folgen für den Patien-
ten belastet ist.

Dabei verstehe ich unter einem Aufklärungsdefizit einen (an
rechtlichen oder ärztlich ethischen Normen oder an den Patienten-
wünschen zu messenden) Mangel nicht nur an Auskünften und Mit-
teilungen, sondern auch an Zuwendung und Betreuung. Ein Aufklä-
rungsdefizit ist also ein vielschichtiges Interaktionsdefizit
zwischen Arzt und Patient.

Unter einem Informationsdefizit verstehe ich einen (ebenfalls
an den genannten Normen zu messenden und meist auf einem Auf-
klärungsdefizit beruhenden) Mangel an Tatsachen-, Erwartungs-,
Erklärungs- oder Handlungswissen auf Seiten des Patienten - also

ein bei ihm zu bestimmendes Defizit an krankheitsbezogenen Kenntnissen.

Die wissenschaftliche Durchdringung und die praktische Bewältigung der ärztlich bedeutsamen Folgen eines Aufklärungs- und Informationsdefizits gehören also wesentlich zu der genannten vierten Stufe der auch verhaltenswissenschaftlich zu führenden Hospitalismuskussion.

Eine andere Art von Kritik erwuchs der klinischen Medizin in den letzten Jahren von "außerhalb"; sie wird von medizinischen Laien, also von (prospektiven) Krankenhauspatienten vorgetragen. Auf ihrer Fahne steht das Wort Humanität.

Hospitalisierung bedeute "psychosoziale Entwurzelung", "relative Entpersönlichung", "relative Infantilisierung" (ROHDE 1975). Es beständen "zumindest für Patienten der allgemeinen Pflegeklasse verschiedenartige Beeinträchtigungen ihrer Bedürfnislagen" (SIEGRIST 3.1977, 196), es kann "eine Tendenz zur sozialen Degradierung des Patienten im Krankenhaus konstatiert werden" (REIMANN 1976, 131). Kernpunkt dieser Kritik ist, daß der Krankenhauspatient "institutionalisierten Zumutungen" (RASPE 1976a) ausgesetzt ist, die als ebenso unnötig wie inhuman beurteilt werden. Kernpunkt ist nicht die unabdingbare "professionelle Dominanz", sondern die funktional überflüssige Einschränkung von Autonomie, die Nivellierung und Depersonalisation als soziale Folge einer organisierten Herrschaftsunterworfenheit der Patienten.

Zu den zitierten medizinsoziologischen Stimmen, die problematisch wären, wenn sie alleine ständen, sind inzwischen bittere Erlebnisschilderungen von Patienten bzw. ihren Angehörigen gekommen (cf. FISCHER 1977; GOLDSCHMIDT 1977; ANONYMA 1976). Neben den Gewerkschaften hat sich vor allem die Evangelische Kirche auf Akademietagungen und sogar auf dem Evangelischen Kirchentag 1977 dieses Themas angenommen. Auch in diesen Diskussionen stehen das Aufklärungs- und Informationsproblem an prominenter Stelle.

Eine gewichtige Grundlage und Ermutigung findet die so gezielte Kritik in der Rechtsprechung, eine weitere in der Politik. Da unserer Rechtsordnung "eigenständige, von der Bindung an den Willen des Patienten freie Behandlungsbefugnisse des Arztes ...

fremd" sind (GALLWAS 1977, 62) habe (im Prinzip) zu gelten: non salus, sed voluntas aegroti suprema lex. Daß die Rechtsprechung heute diesen Willen des individuellen Patienten ganz bewußt unterstützen und schützen will, machen die Ausführungen eines prominenten Juristen (R. WASSERMANN) deutlich: "Aber warum sind die Juristen plötzlich so streng mit den Ärzten? Wir sind so streng, weil sich eine Veränderung der Werte vollzogen hat ... Wir (sind) heute im Begriff, die Grundrechte, die Freiheitsposition des Individuums stärker zu verinnerlichen, im Vergleich zu früher" (cf. Bild der Wissenschaft (1977), H.5, 134)

Auch politische Gremien haben sich in neuester Zeit in gleichem Sinne geäußert. 1976 hat z.B. der Europarat einen "Resolutionsentwurf und Empfehlungsentwurf über die Rechte des Kranken" angenommen - u.a.

"feststellend, daß die Tendenz zur verbesserten medizinischen Technologie zu einer zunehmend technisierten und manchmal weniger humanen Behandlung der Patienten führt;

erkennend, daß die Verteidigung der eigenen Interessen für Kranke schwierig sein kann, speziell wenn sie in großen Spitälern behandelt werden;

bedenkend, daß sich in letzter Zeit die allgemeine Obereinstimmung durchsetzt, daß die Ärzte bezüglich der vorgesehenen Behandlungsmethoden in erster Linie den Willen des Kranken selbst respektieren sollen."

(zitiert nach WUNDERLI und WEISSHAUPT 1977, 238).

Es ist deutlich, daß sich diese Kritik, diese "Strenge" nicht in der Sorge um die medizinische Qualität ärztlichen Handelns äußert. Diese wird (bemerkenwerterweise) als selbstverständlich, als gesichert vorausgesetzt. Sondern die Sorge gilt den bürgerlichen Grundrechten, vor allem der Selbstbestimmung, der freien Entfaltung der Persönlichkeit, der Menschenwürde. Diese Grundrechte sieht man in der Klinik gefährdet. Zwei Entwicklungen werden als besonders bedrohlich empfunden. Ich nenne die Schlagworte: die Bürokratisierung des Krankenhauses und die Technisierung und Industrialisierung der Behandlungsverfahren

Die Kritik findet breiteste öffentliche Aufmerksamkeit - ähnlich wie die an der Inhumanität der Arbeitswelt, der Schule, der Stadtplanung oder der Universität. Was wir erleben, ist ein sich vielfältig äuerndes, fast schon unspezifisches "Unbehagen an den Institutionen". Jakob TAUBES hat dies 1970 einer genaueren und im Ergebnis einleuchtenden Betrachtung unterzogen: Das Unbehagen entstehe aus der "Spannung zwischen dem Potential menschlicher Emanzipation, das in der industriellen Gesellschaft enthalten ist, und der Wirklichkeit herrschaftlicher Formierung dieser Gesellschaft in Ost und West" (TAUBES 2.1973, 69). Die technisch-industriellen Revolutionen hätten in einem das selbstbewußte, Mündigkeit beanspruchende Individuum und das Gehäuse seiner Hörigkeit in Form der bürokratischen Herrschaft im Sinne Max WEBER's hervorgebracht. "Die Tiefe dieser Spannung könnte am Grade des schleichenden und immer wachsenden Unbehagens an der Institution abgelesen werden" (TAUBES 2.1973, 69).

Eine Lösung vermag TAUBES nur darin zu sehen, daß die Institutionen "eine neue Identität ... als Assoziation freier Menschen" gewinnen: "Institution im Zeitalter der Subjektivität muß den Anspruch des Individuums als Subjekt in alle Formen der Vergesellschaftung mit hineinnehmen" (TAUBES 2.1973, 75).

Und dieser sozial-politische und grundrechtlich verbürgte Anspruch des Individuums erstreckt sich fernab von allen ärztlich-medizinischen Zweckmäßigkeitserwägungen auch auf Aufklärung und Information eines Patienten - auch und gerade im Falle einer schwereren Krankheit, die einer Krankenhausbehandlung bedarf.

In der Tendenz verbürgt Aufklärung Wissen, und Wissen begrenzt heteronome Herrschaft. Das Vorenthalten von Aufklärung bzw. Information ist daher als ein "micropolitischer" Vorgang zu werten (cf. WAITZKIN and STOECKLE 1976), als eine Stütze der bürokratischen Herrschaft kraft Wissen i.S. Max WEBER's.

Damit steht unser Thema in der Spannung zwischen zwei unterschiedlichen Referenzsystemen: einem soziologisch-politischen und einem ärztlich-medizinischen.

Das Problem der Aufklärung und Information bei Krankenhauspatienten ist medizin-soziologisch nur dann befriedigend zu diskutieren, wenn beide Gesichtspunkte berücksichtigt werden, wenn das

Problem der sich auf Aufklärungsdeprivation stützenden Herrschaft so ernst genommen wird wie das Problem des Hospitalismus. Ob und wie weit die angedeutete normative Differenz zwischen beiden Bezugssystemen sich in der ärztlichen Praxis wird lösen lassen, soll ausdrücklich offen bleiben. Im Einzelfall muß das politisch Wünschenswerte nicht mit dem ärztlich Erstrebenswerten zusammenfallen.

Programmatisch jedoch sind diese vielfältigen Spannungen verlockend leicht aufzulösen. Denn die o.g. Formulierungen TAUBES finden Resonanz und Integration in dem Programm einer "patientenzentrierten Medizin", die ausdrücklich "das Subjekt wieder in die Medizin einführen" will. Mit diesen Worten forderte Viktor von WEIZSÄCKER in erster Linie zwar eine "Veränderung der Grundlagenbegriffe und des Naturbildes" - also eine wissenschaftliche Umorientierung der Medizin (von WEIZSÄCKER 1950, 154; cf. von WEIZSÄCKER 1973, o.J.). Aber sie decken ebenfalls das Bestreben, dem sozialen, dem politischen Anspruch des Individuums im Sinne TAUBES Raum auch in medizinischen Institutionen zu verschaffen.

Die patientenzentrierte Medizin wurde 1969 von den klinisch tätigen Internisten K. ENGELHARDT und G. TISCHER inauguriert (ENGELHARDT und TISCHER 1969) - in dem Jahr, in dem das gleichnamige, aber unterschiedlich fundierte Konzept des Psychoanalytikers Michael BALINT in der Bundesrepublik bekannt wurde (BALINT u.a. 1969). Während dieses auf eine m.E. einseitige Psychologisierung von Krankheitslehre, Diagnostik und Therapie hinausläuft, blickt jenes Konzept ENGELHARDT's weiter: "Naturwissenschaftliche Medizin zeigt Wege für Analyse, Vergegenständlichung und Eingriff, aber sie läßt den Arzt allein, wenn er danach fragt, wie das Humane, der Umgang mit Kranken, zu verwirklichen sei; denn je mehr die Medizin Macht und Verfügungsgewalt über zu objektivierende Prozesse gewinnt, umso gefährdeter ist sie, Fragen, die sich aus persönlichem Kranksein ergeben, zu vergessen" (ENGELHARDT 1978, VII). Es sei nicht nur für die Behandlung wichtig, den Patienten "von einem passiven Objekt zu einem Subjekt zu machen". Auch "gefordert ist ... eine Art neuer Aufklärung, die Einbeziehung des Kranken als Person in das Konzept der Medizin, die Übernahme von Verantwortlichkeit. Der Kranke soll mündig werden ..." (ENGELHARDT 1977, 454 und 455).

Eine so verstandene Medizin umschließt daher "eine politische, eine menschliche und eine wissenschaftliche Aufgabe und kann sich nur für Augenblicke auf eine dieser drei beschränkt wissen" (von WEIZSÄCKER 1950, 154).

Dieser programmatische, in der patientenzentrierten Medizin nachwirkende Satz zeichnet die Dimensionen, in deren Brennpunkt ich unser Thema stellen möchte:

Das Problem der Aufklärung und Information bei Akutkrankenhauspatienten enthält eine politische Dimension, weil sich der Anspruch auf ärztliche Aufklärung auch als ein politischer erweist: Aufklärung ist eine natürliche Grundlage der Selbstbestimmung oder Mitbestimmung des Subjekts. Es ist ebenfalls eine politische Aufgabe, der zweiten, nämlich der menschlichen im Krankenhaus Möglichkeit und Anerkennung zu verschaffen. Diese Aufgabe betrifft im besonderen Maße den Krankenhausarzt; sie fordert von ihm, den prinzipiellen Anspruch des Subjekts auf Aufklärung anzuerkennen und ihn individualisierend im Umgang mit jedem einzelnen Patienten zu erfüllen.

Die empirisch-wissenschaftliche Aufgabe sehe ich darin, die Informationsbedürfnisse der Patienten, ihr Aufklärungs- und Informationsdefizit, dessen wahrscheinliche Implikationen und Folgen sowie seine Bedingungen wissenschaftlich exakt zu erhellen.

Nach dieser tour d'horizon sollten die gewählten Elemente zur Grundlegung des Themas einleuchtend sein: Nach einem Exkurs zur Entstehung des allgemeinen Krankenhauses ausgangs des 18. Jahrhunderts werde ich dessen bürokratischen Charakter und damit das Problem der Herrschaft diskutieren. Der dritte Abschnitt wird sich mit den juristischen und ethischen Normen der Aufklärung unter dem Aspekt der Herrschaftsbegrenzung beschäftigen. Das nächste Kapitel stellt Überlegungen und Befunde zur adaptiven und stressmitigierenden Wirkung der Aufklärung zusammen.

Hinführen auf diese ersten Erörterungen können uns die scharfsichtig-einfühlenden Beobachtungen eines "romantischen" Arztes: Carl Gustav CARUS notierte 1841 in seinem Florentinischen Tage-

buch Eindrücke, die er ein Jahr zuvor in dem 1000 Betten umfassenden Hospital von Santa Maria Nuova in Florenz gesammelt hatte.

In diesem italienischen Krankenhaus hatten sämtliche in der Toscana promovierten Ärzte einen zweijährigen Kurs zu machen, bevor sie die Erlaubnis zur Privatpraxis erhielten.

Die deutschen Verhältnisse in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts werden sich von den geschilderten nicht wesentlich unterscheiden haben:

"Wir sprachen mancherlei über eine Einrichtung, die ihre großen Licht- und Schattenseiten hat. Wenn nämlich einerseits es gut und nützlich ist, daß der junge Arzt viele Kranke sehe, ehe er allein seine Wirksamkeit beginnt, so gibt auf der anderen Seite diese lange - mit den Universitätsjahren mindestens vier- bis fünfjährige - bloße Spitalpraxis den jungen Leuten eine gewisse Teilnahmslosigkeit und Routine, welche immer sehr fern von dem Wesen des Arztes bleiben sollte. Sie gewöhnen sich hier unwillkürlich daran, den Kranken, dessen Schicksal als Mensch ihnen ganz fremd bleibt, mit dessen Leben, dessen Familie sie in gar keine Berührung kommen, nur als Gegenstand der Kunst, als Phantom, als Aufgabe für Zeichnung einer möglichst genauen Diagnose anzusehen. Ist diese entworfen, so handelt es sich zunächst nur noch darum, schulgerechte Indicationen festzusetzen und dann interessiert sie höchstens noch die zu machende Sektion des etwa Verstorbenen, um die hier gefundenen Resultate mit der vorher gestellten Diagnose zu vergleichen. Wird der Kranke geheilt, so sieht der Arzt ihn nie wieder, und von allem weiteren schönen, menschlichen Verhältnis, welches den Arzt und seine Pflegebefohlenen bindet, durch welches er namentlich recht eigentlich der Schutz und Rat in gesunden Tagen und, was oft so unendlich wichtig ist, der Vorbauende und Verhütende gegen Krankheit werden soll, wird er nie einen Begriff erhalten. Ich habe die Nachteile ärztlicher Bildung hier zu beobachten Gelegenheit gehabt, und wie oft mußte ich bei meinen Konsultationen die vertrauensvoll ausgesprochene Klage der Kranken hören: I nostri medici transcurano (unsere Ärzte eilen vorüber)" (nach ZELLER 1943, 47/48).

I ZUR GRUNDLEGUNG DES THEMAS

1. Die Entstehung des Allgemeinen Krankenhauses im deutschsprachigen Raum ausgangs des 18. Jahrhunderts

Krankenhäuser in unserem heutigen Sinne sind Kinder der neueren Zeit: Ende des 18. Jahrhunderts führen mehrere Leitlinien zur Begründung eines neuen Hospitaltyps, des Allgemeinen Krankenhauses. Je nach politischen Gegebenheiten, nach der Art des religiösen Bekenntnisses, nach der lokalen medizinischen Tradition und nach den Versorgungsnotwendigkeiten für die Bevölkerung haben zuerst in verschiedenen großen Städten die folgenden Faktoren zusammen oder als einzelne die Krankenhausgründungen erwirkt:

1. Die Industrialisierung der führenden Staaten und die damit verbundene Landflucht und physische Verelendung der städtischen Proletarierrmassen, d.h. der in dieser sozialen Frage sich entwickelnde Zwang zu einer verwaltungsmäßig-geordneten medizinisch-sozialen Versorgung (BECHER 1905, 1023; ACKER-KNECHT 1967, 15; NAGEL 1972, 7/8).
2. Die Staatsraison des aufgeklärten Absolutismus im Klima populationistischer Gedanken (LESKY 1967, 29).
3. Die wohltätige Hinwendung zum Nächsten, sei es in der hergebrachten Form christlicher Nächstenliebe (den Kranken "quasi Christum" zu versorgen), sei es im Rahmen einer säkularisierten Philanthropie - nach den Worten Joseph II. in "Liebe für die allgemeine Menschlichkeit und Mitleiden gegen Unglückliche", sei es als "fraternité" der großen bürgerlichen Revolution.
4. Die sich als Morgenröte ankündigende Möglichkeit einer wirkungsvollen Krankenhausmedizin auf naturwissenschaftlicher Basis (ACKERKNECHT 1967; JETTER 1967).
5. Die klinischen Ausbildungserfordernisse der Medizinstudenten, der verschiedenen Ärzteklassen, des Pflegepersonals und der Hebammen (JETTER 1962a; BECHER 1905); und

6. die wissenschaftlichen Bedürfnisse der sich an einem großen "Krankengut" mit Hilfe der physikalischen Untersuchung, der Sektion und der Statistik schulenden erfahrungswissenschaftlichen Medizin.

(siehe insgesamt: JETTER 1962b; ACKERKNECHT 1967, MURKEN 1971; SCHADEWALDT 1971, 1976; WADDINGTON 1973; LEISTIKOW 1976).

Die Vielzahl und Heterogenität dieser Faktoren enthält, daß Krankenhäuser und Kliniken (JETTER 1962a) nie ausschließlich zur medizinischen Versorgung kranker armer Bürger geschaffen wurden.

Sie entsprachen vielseitigen "dringenden Bedürfnissen" und waren in mehrfacher Hinsicht "segensreiche und sinnvolle Einrichtungen" (JETTER 1967, 70): Sie brachten Segen auch dem ärztlichen Nachwuchs, der medizinischen Wissenschaft, der Sozial-, der Wirtschafts- und der Bevölkerungspolitik und nicht zuletzt auch der Stabilität der politischen Institutionen.

JETTER faßt dies (zitiert nach SCHADEWALDT 1976, 10) zusammen: "Es gibt keinerlei Hinweise, daß jemals ein Krankenhaus existiert hat, in dem der Patient allein und ausschließlich um seiner selbst willen behandelt wurde. Immer ließen sich die Hospitalgründer von ihren eigenen Zielsetzungen leiten."

Wenn auch die Motive einzelner Krankenhausgründungen sich je nach regionalen Gegebenheiten unterschieden haben, so ist doch der Geist, in dem diese neue Organisation ausgangs des 18. Jahrhunderts geplant und verwirklicht wurde, bemerkenswert einheitlich. Es ist der Geist des aufklärerischen Rationalismus; der Geist einer "wohlthätigen" immer weitere Lebensbereiche differenziert umfassenden, planvollen zentralistischen Daseinsgestaltung.

Auch an den Krankenhausgründungen seit 1784 erweisen sich organisatorische Differenzierung, Zentralismus und Zweckrationalität als die entscheidenden Gestaltungsprinzipien. Die folgenden Beispiele mögen das verdeutlichen.

Ich nehme Bezug auf die in der Abbildung 1 genannten Krankenhausgründungen nach 1784:

Abbildung 1: Wichtige Krankenhausgründungen im deutschsprachigen Raum nach 1784

Stadt		Bettenzahl	Jahr der Eröffnung
Wien	Allgemeines Krankenhaus	2.000	1784
Bamberg	Krankenspital	120	1789
München	Allgemeines Krankenhaus	684	1813
Hamburg	Allgem.Krankenhaus St.Georg	1.000	1823
Erlangen	Akademisches Krankenhaus	48	1824
Stuttgart	Catharinenhospital	300	1828
Freiburg	Clinicum	150	1829

Dabei wird künstlich die Kontinuität der historischen Entwicklung verdeckt. Die zu streifenden Krankenhausgründungen hatten natürlich baulich-organisatorische Vorläufer; es wäre also richtiger, von einem langfristigen, sich Ende des 18. Jahrhunderts beschleunigenden Funktionswandel stationärer Einrichtungen zu sprechen - richtiger, als die Entwicklung, wie ich es hier tun will, am 16.8.1784 beginnen zu lassen:

An diesem Tage wurde in Wien das Allgemeine Krankenhaus mit ca. 2.000 (einzelnen) Betten in der Blüte des Tempus Josephinicum eröffnet (GLOIS 1965; LESKY 1967). Es wird von Medizinhistorikern im allgemeinen als der erste Bau im deutschsprachigen Raum angesehen, der sich ganz auf die neu eingegrenzte Aufgabe konzentrieren sollte und konnte, heilbare Kranke zu behandeln.

Am Anfang stand eine neue eingeschränkte Zielsetzung, der eine organisatorische Differenzierung entsprach. Der Übergang vom Asyl, vom Hospital, von der Bewahranstalt zu einem aufwendigen Behandlungszentrum war mit einem Schlage vollzogen.

Mit der Gründung des allgemeinen Krankenhauses wurden alle Unheilbaren, alle chronisch Kranken, Alten, Siechen, Obdachlosen, Pfründner etc. aus dem Leistungsbereich der neuen

Organisation ausgeschlossen.

So waren die Krankenhäuser ausdrücklich kraft Satzung festgelegt auf die befristete Aufnahme und Behandlung heilbarer körperlich Erkrankter wie z.B. das 1828 eröffnete Catharinen-Hospital in Stuttgart. Der 1809 - 1813 in München erbaute Neubau war als "Allgemeines Krankenhaus für heilbare Kranke" geplant; und das 1805 in Koblenz umgebaute Haus wurde ausdrücklich als "Hospice spécialement destiné au traitement des blessés et des malades curables" (JETTER 1967, 72) bezeichnet.

Das Allgemeine Krankenhaus war also von Anfang an ausgerichtet auf eine bestimmte Versorgungsart und auf bestimmte Leistungen. Grundlage der Dimensionierung des Wiener Neubaus (bzw. Umbaus des vorbestehenden Großarmenhauses) waren neben verwaltungstechnischen Überlegungen eine "Bestandsaufnahme und Klassifikation sämtlicher Armen". Man wollte wissen, "wieviel arbeitsfähige Arme, wieviel versorgungsbedürftige und kranke es eigentlich gab" (LESKY 1967, 32). Das gleiche ereignete sich später in Würzburg und in Bamberg. Hier wurden von 8.600 Einwohnern immerhin 22 % als arm eingestuft. Der in dieser Stadt 1789 eröffnete Neubau erhielt dementsprechend 120 Betten.

Erst nach dieser rechenhaften Bestandsaufnahme, erst nach der Zählung und Untergliederung der Bedürftigen wurde also der Neubau in Bereitstellung angemessener Mittel konzipiert.

Obwohl ein Fürstbischof, Franz Ludwig von EHRTHAL, der Gründer in Bamberg war, wurde auch dieses Haus nicht mehr als Hotel Dieu, als Gotteshaus, sondern als "ein der Heilkunde gewidmeter Tempel", als ein "Tempel der Wohltätigkeit" bezeichnet (JETTER 1961, 511). Auch hierin drücken sich Säkularisierung der Motive und Zweckrationalität der Mittel aus, die ebenfalls in dem in Stein gemeißelten Motto des Wiener Krankenhauses anklingen: "Saluti et solatio aegrorum" - zu Heilung und Linderung der Kranken.

Krankenhäuser wurden, wie gesagt, auch aus sozialpolitischen Gründen im Namen einer innerweltlichen Mitmenschlichkeit geschaffen - in Bamberg, Würzburg und Wien aus einer geneigten Wohltätigkeit des aufgeklärten Fürsten oder Kaisers.

Die aufgeklärten Bürger verstanden sie später folgerichtig als "Humanitäts-Einrichtung" (VIRCHOW 1869, 6). Aus diesen wollte

man wieder ins Leben entlassen werden. Der geistliche Zuspruch, die Seelenheil, die Vorbereitung auf Tod und Jenseits rückten in den Hintergrund. Im späteren Verlauf der Entwicklung, allerdings erst nach 1850, trat, einem treffenden Bonmot zufolge (JETTER 1967, 75), der Operationssaal an jene zentrale bauliche Stelle, die vorher Kapelle und Altar eingenommen hatten.

Das Innere des Krankenhauses wies von vornherein eine differenzierte horizontal-funktionale und vertikal-skalare Struktur auf: Die Krankenhäuser enthielten im allgemeinen eine internistische, eine chirurgische und eine geburtshilfliche Abteilung. Oft war (wie in Wien) noch eine psychiatrische Station angegliedert. Fast immer wurden die Kranken noch weiter unterschieden v.a. nach ihrem Geschlecht, ihrem sozialen Status und dem Grad ihrer Infektiösität.

Neben den ärztlich-pflegerischen Funktionskreisen existierte von vornherein der der Verwaltung. Für diese, die unter der Leitung eines Beamten, eines "Ökonomen" stand, wurden fast immer gesonderte, dem Eingang benachbarte Räume geschaffen; ebenso für die Apotheke. In die akademischen Krankenhäuser, die Kliniken (Erlangen, Freiburg), war als weiteres ein Hörsaaltrakt eingebaut, der der Ausbildung nicht nur der Medizinstudenten und Ärzte sondern der auch dem Unterricht der häufig angeschlossenen Hebammenschule diente. Beziehen wir noch den Leichenhof, die spätere Pathologie, den geistlichen Bereich (oft eine zentral eingefügte Kapelle) und den wirtschaftlichen (Küche, Wäscherei etc.) mit ein, dann ist ersichtlich, daß das Allgemeine Krankenhaus von vornherein eine komplexe Großorganisation darstellt.

Eine solche mußte nach damaliger Auffassung hierarchisch gegliedert und monokratisch regiert sein (NAGEL 1972):

Den verschiedenen medizinischen Abteilungen standen unter einem ärztlichen Direktor fest angestellte Abteilungsleiter (Primarii) vor, denen weitere "Sekundär"-Ärzte nachgeordnet waren. Es wäre kaum vorstellbar, daß ein aufgeklärter, aber doch absolut regierender Monarch in "seiner" Organisation etwas anderes als eine strenge Hierarchie unter einem "direktorialen Befehlsvollzieher" (LESKY 1967, 26) eingerichtet oder zugelassen hätte.

Im Sinne einer Zweck/Mittelrationalität läßt sich in allen

Funktionskreisen des Krankenhauses von Anfang an eine schriftliche Dokumentation nachweisen: Im ärztlichen Bereich wurden Krankengeschichte, Ordinationsbogen und Sektionsprotokoll geführt. Im Verwaltungs- und Pflegebereich existierten Aufnahmebögen für die Kranken; über jedem numerierten Bett war eine "Kopftafel" angebracht, "welche zur Anmerkung verschiedener im Verlauf der Krankheit vorkommender Umstände bestimmt ist, ferner noch eine kleinere am Fuß des Bettes hängende Tafel, worauf die tägliche Kost der Kranken angemerkt ist" (nach LESKY 1967, Anm. 13).

Der zweckrationale Geist der Krankenhausorganisation ist in allen geschilderten Regelungen spürbar. Ihm aus soziologischer Sicht noch etwas weiter nachzugehen, wird die Aufgabe des folgenden Abschnittes sein.

Daß nicht immer das Wohl und die Heilung des individuellen Patienten das Hauptziel der Organisation war, läßt sich in vielfacher Hinsicht belegen. Mit einem Schlage deutlich wird dies in einem Satz des Göttinger Geburtshelfers OSIANDER aus den 90er Jahren des 18. Jahrhunderts (JETTER 1961, 1962a): Er soll gesagt haben, daß die Gebärenden des Göttinger "Accouchierhauses" als "lebende Phantome" anzusehen seien: "Mitnichten ist das Entbindungshospital der Gebärenden wegen da."

Diese Haltung ist sicher extrem - doch die Tendenz zur Hinterrückstellung des individuellen Patientenwohls ist vor allem in den Kliniken nicht gut zu übersehen (s. auch WADDINGTON 1973, 215 ff. SIGERIST 3.1954, 320 ff.).

Krankenhäuser waren anfangs in einem hohen Maße populationsbezogene Einrichtungen. Sie sollten die Mortalitäts- bzw. Morbiditätsraten in einer ganzen Bevölkerung mindern, sie sollten soziale Probleme lösen, sie sollten dem Ärztestand zu einer umfassenden Ausbildung helfen, etc.: Die Heilung und Linderung des einzelnen Kranken war - gerade in den unteren Pflegeklassen - nicht das primäre Ziel der Organisation.

Je weiter die Zeit jedoch voranging, umso mehr wuchs das Bewußtsein und die Rücksicht für den individuellen Patienten. Das Konzept der patientenzentrierten Medizin stellt eine konsequente Weiterentwicklung dar: Sie führt das Subjekt auch in die Krankenhausmedizin ein - und stellt damit zwangsläufig

den Populationsaspekt zurück.

2. Der bürokratische Charakter des Allgemeinen Krankenhauses - das Problem der Herrschaft

Jedem, der mit Max WEBER's Soziologie der Herrschaft und seinem Bürotriekieonzept vertraut ist, wird sich bei dieser Schilderung die Frage nach dem bürokratischen Charakter des Allgemeinen Krankenhauses und seines Nachfolgers: des Akutkrankenhauses stellen.

Es ist bemerkenswert, daß die Organisationssoziologie und das Problem der Bürokratie in den letzten Jahren eine erneute geschichtsbewußte Aufmerksamkeit gefunden haben (PFEIFFER 1976; MAYNTZ und ZIEGLER 2.1977; TÜRK 1978; cf. BROWN 1977; ABRAMSSON 1977; MEYER and BROWN 1977). Das gleiche gilt für Max WEBER's soziologische Schriften (MOMMSEN 1974; TENBRUCK 1975; LEPSIUS 1977).

Mein Interesse an der Frage, wie weit die Organisation des Allgemeinen Krankenhauses der eines bürokratischen Betriebes im Sinne Max WEBER's gleicht, hat verschiedene Gründe und Ziele:

1. Sachliche: Die ärztliche Aufklärung eines Krankenhaus-patienten vollzieht sich in der Arzt-Patient-Beziehung. Diese ist immer in einen organisatorischen Kontext hineingestellt. Es ist unmittelbar plausibel, daß dieser Rahmen - sei es ein Sanatorium oder die Praxis eines niedergelassenen Arztes - die Arzt-Patient-Beziehung auf vielen Wegen beeinflusst. Die Freiheitsgrade für Arzt und Patient z.B. in Hinblick auf die Art und Gestaltung der gemeinsamen Gesprächssituationen variieren je nach organisatorischen Gegebenheiten.

2. Theoretische: Wenn dies richtig ist, dann ist diese Organisationsumwelt in die Überlegungen mit einzubeziehen. Dies erfordert theoretische Grundlagen und ein begriffliches Rüstzeug, die der Allgemeinen und der Differentiellen Organisationssoziologie zu entlehnen sind. Für eine vornehmlich empirisch orientierte Medizinsoziologie liegt es nahe, sich auf Organisationsmerkmale zu konzentrieren, die sicher und einfach

zu erheben sind und an denen möglichst viel hängt; die also mit einer guten Wahrscheinlichkeit das soziale Verhalten von Ärzten und Patienten und die Patientenerfahrungen beeinflussen. Solche Merkmale scheinen uns die "formalen Strukturen" einer Organisation (TÖRK 1978, 31 ff.) darzustellen. Also die Größe, die interne funktionale Differenzierung und skalare Ordnung eines Betriebes, das Ausmaß der Standardisierung, Formalisierung und Technisierung seiner Regelungen und Verfahren - um einige Beispiele zu nennen. Max WEBER war der erste, der solche Strukturmerkmale beschrieben, idealtypisch zusammengestellt und auf ihre sozialen Folgen hin untersucht hat. Es liegt nahe, von seinem Idealtypus eines bürokratischen Betriebes auszugehen.

3. Forschungspraktische: Damit wird einer vergleichen strukturellen Organisationssoziologie der Weg gebahnt. Ohne Zweifel existiert ein Forschungsdefizit auf diesem Sektor: Es gibt in der Bundesrepublik keine, im englischsprachigen Raum kaum eine vergleichende Studie, die eine Verbindung zwischen Patientenerfahrungen, Personalverhalten und organisatorischen Strukturmerkmalen im Rahmen eines Akutkrankenhauses zieht (cf. GEORGOPOULOS 1975; LITMAN 1976). Auch wir haben diesen Problemkreis bisher nicht systematisch in unsere Untersuchungen einbezogen. Der folgende Exkurs soll einen ersten orientierenden Schritt in diese Richtung darstellen. Er soll zu weiterem Literaturstudium sowie zu weiteren analytischen Abgrenzungen, operationalen Definitionen und empirischen Untersuchungen ermutigen.

4. Gesundheitsspolitische: Wenn sich belegen ließe, daß Organisationsmerkmale der angedeuteten Art das durchschnittliche Verhalten des ärztlichen Personals beeinflussen und u.a. Auswirkungen auf die Aufklärungsprozesse haben, dann ergibt sich, wenn man in diesem Bereich etwas verändern will, eine Eingriffsebene, die der Veränderung individueller Einstellungen und Fertigkeiten an die Seite zu stellen ist. Daten aus diesem Bereich könnten gerade heute und in der näheren Zukunft besondere Bedeutung gewinnen, da die Krankenhauspolitik u.a. unter dem Eindruck der "Kostenexplosion" in eine Unsicherheit und überraschende Bewegung gekommen ist.

Angesichts der noch dazustellenden Forschungs- und Literaturlage (s.u.S. 30) kann der folgende Versuch in Ziel und Mitteln begrenzt bleiben: Er hat das weitere Ziel, die festgefahrene Diskussion anzuregen und ihr Ergebnis noch einmal offenzuhalten. Ich bediene mich der folgenden zwei Mittel:

1. Des Rückgriffs auf WEBER's Text (WEBER 5.1976) und
2. des exemplarischen Studiums eines Einzelfalles: nämlich des Wiener Allgemeinen Krankenhauses bei seiner Gründung 1784.

Dieses Vorgehen hat mehrere Vorteile:

Es vermeidet eine Diskussion der organisationssoziologischen Literatur, die sich bisher nicht auf einen endgültig anerkannten Katalog von Merkmalen eines bürokratischen Betriebes hat verständigen können (cf. MAYNTZ 2.1971; REIMANN 1975; HININGS u.a. 1975, MAYNTZ und ZIEGLER 2.1977; PFIEFFER 1977, BROWN 1977; TÖRK 1978).

Es widmet sich, gestützt auf die Veröffentlichungen von GLOIS und LESKY (GLOIS 1965; LESKY 1967) übersichtlichen und gut dokumentierten Verhältnissen des bedeutendsten Krankenhauses des deutschen Sprachraums - zu jener Zeit, da von einer ärztlichen Profession im heutigen Verständnis der Berufssoziologie keine Rede sein konnte (cf. LUCKMANN und SPRONDEL 1972; EULNER 1970; PFETSCH und ZLOCZOWER 1973).

Es muß sich als medizinhistorischer Versuch aufgrund der Quellenlage auf die "organization for work" (cf. ROSENGREN and LEFTON 1969) beschränken und kann von da aus die bisher zu wenig bedachten Folgen und Implikationen nur streifen, die die Organisationsmerkmale für die Versorgung, letztlich für die Erfahrung der Patienten haben.

Es kann zum Nutzen unseres Gesamtthemas den Herrschaftsaspekt organisatorischer Grundprinzipien und Einzelregelungen im Auge behalten; denn daß im Krankenhaus Herrschaft auch über Patienten ausgeübt wird, ergibt sich, wenn wir WEBER's Definition folgen, von selbst: "Herrschaft soll heißen die Chance, für einen Befehl bestimmten Inhalts bei angebbaren Personen Gehorsam zu finden" (WEBER 5.1976, 28). Wir können damit berücksichtigen, daß die Soziologie der bürokratischen Organisation bei Max WEBER einge-

bettet ist in seine Soziologie der Herrschaft.

"Der reinste Typ der legalen Herrschaft ist diejenige mittelst bureaukratischen Verwaltungsstabes (WEBER 5.1976, 126). Die Merkmale eines solche Herrschaft ausübenden Betriebes sind nun die folgenden:

Abbildung 2: Die Merkmale eines bürokratischen Betriebes
nach Max WEBER

Die Arbeit eines bürokratischen Betriebes beruht auf einer legal gesetzten, sachlich-zweckdienlichen unpersönlichen, d.h. rationalen Ordnung und bedient sich

- eines kontinuierlichen, d.h. zeitlich-materiell dauerhaften Betriebes der Amtsgeschäfte
- fester, durch Regeln generell geordneter Kompetenzen, also kraft Leistungsverteilung sachlich abgegrenzter Bereiche von Leistungspflichten mit dem Ergebnis stabiler Arbeitsteilung und Spezialisierung
- genereller, mehr oder weniger fester und mehr oder weniger erschöpfender erlernbarer Regeln, einer besonderen Kunstlehre
- fest angestellter Gehaltsempfänger mit geregelten in einer Fachschulung erworbenen, durch Prüfung ermittelten und durch Diplom beglaubigten Fachqualifikation
- einer monokratisch beherrschten hierarchisch gestaffelten positionellen Zuordnung von Befehlsgewalten, Gehorsamspflichten und Zwangsmitteln
- einer auf Schriftstücken beruhenden Amtsführung, einer Aktenmäßigkeit der Verwaltung
- bei vollzogener Trennung von Amt und Person, ohne Appropriationsmöglichkeiten der Amtsstelle durch den Inhaber

(nach WEBER 5.1976, 122 ff., 551 ff., 825 ff.)

Die sozialen Voraussetzungen der Bürokratisierung sieht WEBER vor allem in einer quantitativen und qualitativen Erweiterung und inneren Entfaltung des Aufgabenkreises der Verwaltung (WEBER 5.1976, 560).

Genau dieses ergab sich vor Gründung des Wiener Allgemeinen Krankenhauses, "da wegen Anwachs der Einwohner Wiens die Anzahl

der armen Kranken sich durch einige Jahre beständig vermehrt" - wie der zuerst mit der Planung, dann mit der Leitung des Krankenhauses beauftragte Leibarzt am Hof Joseph II., der Dr. Joseph QUARIN seinem Herrn 1784 mitteilte.

Es ergab sich nicht nur die Notwendigkeit, alle diese armen Kranken zu versorgen, sondern diese sollten darüber hinaus organisatorisch getrennt werden von der ebenfalls versorgungsbedürftigen "verlassenen Jugend" und den "gänzlich unfähigen oder dem Allgemeinen zum Schaden oder zum Ekel dienenden Menschen". So wurde das ehemalige Großarmenhaus in der Alsergasse dieser einen Aufgabe bestimmt, "die von Mitteln entblößten Kranken" zu versorgen - und zwar nur die "wirklichen Kranken" unter Ausschluß aller "incurablen Personen".

Nach einer in allen Wohltätigkeitsanstalten "stubenweis" vorgenommenen Armenzählung und Klassifikation im Frühjahr 1783 wurde das Allgemeine Krankenhaus mit insgesamt 2.000 Betten geplant und ausgeführt.

Die nicht kranken und die incurablen versorgungsbedürftigen Armen wurden zwangsweise in andere Einrichtungen "verlegt" bzw. über die Grenze oder in ihre Heimatsorte "geschoben". Diese Umzüge und Verlegungen mußten z.T. in 14-Tages-Frist geschehen, so daß kaum Rücksicht auf individuelle Verhältnisse und Wünsche genommen werden konnte.

Grundlage des ganzen Unternehmens war also unter dem Eindruck unabweisbarer Versorgungsnotwendigkeiten eine funktionale Entflechtung der traditionellen Einrichtungen sowie eine spezialistische Ausrichtung, damit eine Arbeitsteilung unter den neuen Instituten. Diesen wurden ihren Zwecken angemessene, sparsam kalkulierte Mittel zugewiesen: " In Betreff der Qualität muß zwar den Bedürftigen nur das Nötigste und nichts Überflüssiges zugewendet werden" (QUARIN).

Dieser speziellen Leistungspflicht, nämlich ausschließlich die incurablen armen Kranken aufzunehmen und zu versorgen, wurde der 2.000-Betten-Bau zur Verfügung gestellt.

Damit war ein kontinuierlicher regelgebundener Betrieb der Amtsgeschäfte nicht nur gesichert, sondern auch unabdingbar geboten, wenn nicht die ganze Investition zwecklos werden sollte. Die Organisation war überindividuell dauerhaft etabliert.

Daß es auch innerhalb der Organisation zahlreiche feste Positionen und geregelte Kompetenzen gab, zeigt die Aufstellung des benötigten Personals nach Aufgabe, Anzahl und Gehalt, die OUARIN im März 1784 gab. Er forderte und bekam:

Position	Berufsgruppe	Gehalt
1 Verwalter		1200,-- fl.
1 Gegenhandler		800,-- fl.
1 Materialienverwalter		400,-- fl.
je 1 Hausvater für die Männer und Weiber	Beamte	je 400,-- fl.
1 Amtsschreiber		300,-- fl.
2 Kanzleischreiber		je 200,-- fl.
1 erster Kurat		600,-- fl.
3 Cooperatores	Geistliche	je 300,-- fl.
3 dienende Brüder		je 50,-- fl.
4 Kapelldiener		je 100,-- fl.
2 interne Primärärzte		je 1200,-- fl.
2 externe Primärärzte		je 600,-- fl.
5 Assistenten bzw. Sekundärärzte	Medizinisches Personal	je 300,-- fl.
1 Chefchirurg		1200,-- fl.
3 Oberwundärzte		je 800,-- fl.
4 chirurgische Assistenten		je 300,-- fl.
1 erster Accoucheur		500,-- fl.
1 zweiter Accoucheur		300,-- fl.
1 Hebamme		300,-- fl.
140 Krankenwärter (für 100 Kranke je 7)	Pflegepersonal zusammen	9000,-- fl.
24 Dienstleute (Torwächter Hausknechte, Feuerwächter, Totenträger, Sänftenträger u.s.f.)	Hauspersonal zusammen	1500,-- fl.

Die damit ausgedrückte Arbeitszerlegung schlug sich natürlich auch in der baulichen Substanz und in der Aufteilung des Gebäudekomplexes nieder:

Im medizinischen Bereich existierten 4 internistische, 2 chirurgische und eine Abteilung für Syphiliskranke, eine zweigeteilte praktische Lehrschule und ein Ambulatorium, denen jeweils bestimmte der 111 Krankenstuben in vom Kaiser selbst festgelegten Gebäudeteilen zugewiesen wurden.

In diesen wurden die Kranken nach Geschlecht, Art der Krankheit, Infektiosität, Stadium der Genesung und sozialem Status unterschiedlich untergebracht und versorgt.

Außer den Krankenstuben gab es folgende Räumlichkeiten:

Die Hauptküche, dezentrale kleinere Küchen, ein Waschhaus, Verwaltungsräume, Angestelltenwohnungen für Beamte, Geistliche und Ärzte, die Apotheke, eine Holz- und eine Wäschelegstatt, einen Friedhof, die Totenkammer, das Aderlaß-Zimmer sowie einen Bibliotheks- und Studierraum und ein kleines Operationszimmer in der Lehranstalt.

Alle Zimmer mußten numeriert werden: "mit schwarzer Farbe gut und deutlich geschrieben", und für jedes Zimmer sollten "die Betten, Tische, Bänke, Sessel numeriert und überdies noch mit dem Hauptnumero des Zimmers versehen seyn, damit man wisse, was in jedes Zimmer gehöre und beim Ausputzen diese nicht vertauscht werden können" (so ein eigenhändiges Schreiben Joseph II. an QUARIN).

Die Pflichten der verschiedenen Angestelltengruppen waren exakt voneinander abgegrenzt und aufeinander bezogen: So waren die den Primarii zugeteilten Sekundärärzte u.a. verpflichtet "die ankommenden Kranken zu besorgen, die Krankenwärter zu instruieren, die Ordination mit dem Apotheker und die Diät mit dem Traiteur zu kollationieren ...". Der Professor der medizinisch-chirurgisch-praktischen Lehrschule mit insgesamt 24 Betten mußte "auf allerhöchsten Befehl ..., um alle Unordnungen zu vermeiden, die Kranken schriftlich (!) von dem Oberdirektor begehren, der diese mit den abverlangten Zuständen behafteten zu überschicken hat ...". Die Chirurgen mußten ihren Chef bei jeder größeren Operation..."um Rat fragen und über den Erfolg genau berichten." "Den Ärzten und dem Wartepersonal war eine anständige und liebevolle Begegnung aufs schärfste aufgetragen". - In einem Wort: Alle Pflichten und Rechte jeder Personengruppe waren in ausführlichen schriftlichen "Instruktionen" festgehalten.

Wieweit darüber hinaus im ärztlichen Bereich Vorschriften über die medizinische Behandlung im engeren Sinne bestanden, entzieht sich meiner Kenntnis. Angesichts des bescheidenen Wissenstandes, der therapeutisch eher zurückhaltenden Einstellung und der durch die Umbruchphase zwischen den zwei Wiener Schulen unsicheren und

wechselnden Behandlungspläne werden wir eine geschlossene Kunstlehre in unserem heutigen Sinne, die sich also z.B. gegen Außen-seitermethoden abgrenzen ließe, nicht erwarten dürfen.

Das Krankenhaus bereitete umgekehrt erst den Boden für die Ausarbeitung standardisierter Diagnostik- und Therapieverfahren. Die Erforschung der Krankheiten und ihrer kontrollierten Behandlung waren eine Leistung der "Krankenhausmedizin" und ihrer Möglichkeiten (SIGERIST 3.1954, 190 ff.; ACKERKNECHT 3.1977, 127 ff.).

Insofern ist FREIDSON's Behauptung, daß "gesundheitsbezogene Dienstleistungen ... um die Autorität von Experten organisiert (sind)" (FREIDSON 1975, 14) historisch wohl unzutreffend. Das Allgemeine Krankenhaus war um die Autorität des Kaisers bzw. seines "direktorialen Befehlsvollziehers" QUARIN herum organisiert. Seinen Ausgang nahm es in einer am 16.4.1781 erlassenen "Direktivregel" Joseph II., der jede Baumaßnahme und jedes Organisationsdetail selbst plante und anordnete oder jedenfalls doch absegnete. Und wenn auch über dem Eingang des Krankenhauses der Satz "saluti et solatio aegrorum" eingemeißelt war, so sind doch sozial- und bevölkerungspolitische Gründungsmotive nicht zu übersehen.

Die Professionalisierung der Medizin im soziologischen Sinne ist in dieser Hinsicht eher eine Folge, weniger eine Bedingung der Krankenhausgründungen.

Daß das Krankenhauspersonal - seien es die Beamten, die verschiedenen Ärzteklassen oder die Pflegepersonen - gegen ein festes (Geld-)Gehalt angestellt war und daß ihnen bestimmte beglaubigte Qualifikationen abverlangt wurden, ist wohl schon deutlich geworden - ebenso wie die Tatsache einer in jedem Funktionskreis durchgängigen pyramidenförmig geordneten Hierarchie unter der Gesamtleitung eines außerhalb des Krankenhausbereichs wohnenden Direktors (mit 3000,-- fl. Jahresgehalt).

Diesem waren alle im Krankenhaus arbeitenden Personen unterstellt. Darüber hinaus hatte jedes peripherer stehende Personalmitglied noch einen direkten Vorgesetzten, wie es die o.g. Gehaltsliste und die Bezeichnungen Primarius, Sekundarius, Chefchirurg, erster Accoucheur etc. andeuten.

Der Typ einer monokratisch regierten Organisation war vom ersten

Tag an verwirklicht. Den Arbeitston kennzeichnet, daß von QUARIN überliefert wird, er habe sich "nicht genug daran tun (können), bei jeder Gelegenheit sein herrisches "sic volo, sic iubeo" vernehmen zu lassen" (LESKY 1967, 26).

Auf die schriftlichen Instruktionen habe ich schon hingewiesen. Daneben gab es eine Reihe von Schriftstücken, die an- und abgelegt, in Umlauf gesetzt, jedenfalls befolgt werden mußten. Das gilt auch für den medizinischen Bereich: Der Professor mußte die zu Lehrzwecken begehrten Patienten schriftlich anfordern. Es wurden Ordinationsbögen geführt. Sektionsprotokolle bürgerten sich ein.

Die Kopf- und Fußtafeln an den Betten wurden bereits oben (s.S. 16) erwähnt. Darüber hinaus existierten eher den Verwaltungszwecken diende Aufnahmebögen, Tagzettel, Totenscheine und diverse Protokolle. An einer von vornherein begonnen "Aktenmäßigkeit der Verwaltung" ist für keinen Bereich zu zweifeln.

Daß eine "Appropriation der Amtsstelle" ebenso unmöglich war, wie eine nur nebenberufliche Tätigkeit der Krankenhausärzte will ich noch hinzufügen, um endgültig deutlich zu machen, daß das Wiener, also das erste und richtungsweisende Allgemeine Krankenhaus im deutschen Sprachraum dem von Max WEBER aufgestellten Idealtypus einer bürokratischen Organisation in fast vollkommener Weise gleicht.

Gibt es Hinweise dafür, daß auch die von Max WEBER gekennzeichneten "Begleiterscheinungen" und "soziale Folgen" der Bürokratisierung - diese sind in Abbildung 3 zusammengestellt - im Krankenhausbereich wirksam wurden ?

Abbildung 3: Soziale Folgen und Implikationen der Bürokratisierung (nach Max WEBER)

Bürokratisierung impliziert

organisierte Herrschaft kraft Wissen (Fachwissen und Dienstwissen);

menschlich unbeteiligte fachmännische Sachlichkeit, formalistische Unpersönlichkeit im Rückgriff auf ein System rational diskutabler Gründe (Subsumption unter Normen oder Abwägung von Zwecken und Mitteln);

Begrenzung der Möglichkeiten, individualisierend, also von Fall zu Fall wechselnd zu verfahren;

relative Nivellierung der ökonomischen und sozialen Unterschiede der Beherrschten (passive Demokratisierung);

Durchführung des Prinzips der Arbeitszerlegung nach rein sachlichen Gesichtspunkten unter Verteilung der einzelnen Arbeiten auf spezialistisch abgerichtete und in fortwährender Übung immer weiter sich einschulende Funktionäre;

Tendenz zur Geheimhaltung der Kenntnisse und Absichten;

ständische Entwicklung der den Betrieb tragenden Berufe (Professionalisierung);

Oberlegenheit solcherart organisierter Betriebe durch Präzision, Stetigkeit, Disziplin, Straffheit, Schnelligkeit, Einheitlichkeit, Verlässlichkeit, also auch Berechenbarkeit für Herren und Interessenten;

Unersetzbarkeit durch die Beherrschten und, in Rückwirkung auf den allgemeinen Bedürfnisstand, zunehmende subjektive Unentbehrlichkeit der so organisierten Fürsorge ;

Konzentration der sachlichen Betriebsmittel und der Kenntnisse in solchen Betrieben.

Für unser Beispiel müssen wir diese Frage offenlassen, da unsere Quellen wenig über den Arbeitsvollzug selbst und kaum etwas über den Umgang des Personals mit den Patienten sagen. Fast nichts wissen wir über die Eindrücke und Erfahrungen der Patienten.

Deutlich wird nur, daß der Umgang mit den Patienten damals nicht frei von Willkür war und daß er sehr wohl soziale Unterschiede zu machen mußte:

Die gegen Bezahlung aufgenommenen Patienten (ca. 20 %) hatten die Wahl zwischen drei verschiedenen Pflegeklassen. Die vierte war den unentgeltlichen Aufnahmen vorbehalten. In der 1. Klasse erhielt man ein eigenes Zimmer, eigene Bedienung, besondere Wäsche, Vorhänge an den Betten, Zinngeschirr, besseres Essen und Wein - Vorzüge, von denen die Ärmsten der Kranken systematisch ausgeschlossen waren.

Ganz ausdrücklich wurden den Ärzten und dem Wartepersonal, besonders den Krankenwärtern "eine anständige und liebevolle Begegnung aufs schärfste aufgetragen". Jedermann war berechtigt, "unanständiges Benehmen, Geldschneiderei oder Bettel der Wärter" zu melden - ein Indiz dafür, daß so etwas in erwähnenswertem Umfang vorkam.

Es ergibt sich der Eindruck, daß die Bürokratisierung die Arbeitsgestaltung und den Umgang mit den Patienten, also die "performance of work" (cf. ROSENGREN and LEFTON 1969), zu jener Zeit noch nicht erreicht hatte.

Das hat sich bis heute offenbar geändert. Ich kann an dieser Stelle darauf nicht weiter eingehen; aber es ist auf den ersten Blick deutlich, daß die in der Einleitung geschilderte, von außen kommende Kritik an unserer Krankenhausmedizin sich erstaunlich mit den von Max WEBER ins Auge gefaßten negativen Folgen und Begleiterscheinungen von Bürokratisierungsprozessen deckt.

Wenn es richtig ist, daß sich eine bürokratische Organisation schicksalshaft als der "Kern jeder Massenverwaltung" ergibt, dann würden wir eine Entwicklung von einem eher willkürlichen, privilegierenden, nicht exakt normierten und unmittelbaren Umgang zu rein sachlichen, stereotypen, nivellierenden, arbeitsteiligen und technisch vermittelten Verfahren u.a. in dem Maße erwarten dürfen, in dem sich die quantitative Entfaltung der Aufgaben und Leistungen ergeben hat.

In diesem Zusammenhang ist die rasch zunehmende durchschnittliche Bettenzahl deutscher Krankenhäuser im letzten Jahrhundert interessant. Die Abbildung 4 gibt eine Übersicht seit 1876:

Abbildung 4: Die mittlere Größe eines Krankenhauses im Deutschen Reich und in der Bundesrepublik zwischen 1876 und 1976

(Planbetten: Krankenhäuser; nach GOERKE 1976, 62 bzw. BECHER 1905, 1023 und nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes, Fachserie 12)

Jahr	1876	1900	1938	1956	1960	1965	1970	1976
Planbetten: Krankenhaus	47	59	136	162	162	174	190	212
Planbetten: Akutkhs.	-	-	-	-	152	165	186	221

Die Bettenzahl pro Krankenhaus hat sich seit 1876 mehr als vervierfacht. Die Zuwachsraten in den letzten drei 5-Jahresperioden zwischen 1960 und 1975 haben sich, bei jeweils wachsender Basis (!), vergrößert (7, 9, 10 %). Noch bemerkenswerter ist der Trend zu größeren Einheiten auf dem Sektor der Akutkrankenhäuser (8, 13, 16 % Zuwachsraten).

Ich möchte an dieser Stelle die Hypothese festhalten, daß die Bürokratisierung mit zunehmender Größe, zunehmender Beanspruchung und zunehmender innerer Ausformung des Krankenhauses auch die "performance of work" ergriffen hat und daß vor allem dieser Umstand die Erfahrungen der Patienten bedingt, die heute im Zentrum der geschilderten Kritik an der "Inhumanität" des Krankenhauses stehen.

Hier eröffnet sich der speziellen Organisationssoziologie ein bisher wenig beachtetes Feld diachron und synchron vergleichender Forschung.

Einige der weitergreifenden sozialen Implikationen der Bürokratisierung will ich - Max WEBER folgend - noch streifen:

Die unbestreitbaren Vorteile der bürokratisch-rationalen Organisation auch im Krankenhaus erbrachter Leistungen haben die Konsequenz, daß die an diesen Leistungen nicht nur interessier-

ten, sondern auf sie vital angewiesenen Patienten den bürokratischen Apparat "weder entbehren noch ersetzen" können, "da er auf Fachschulung, arbeitsteiliger Fachspezialisierung und festem Eingestelltsein auf gewohnte und virtuos beherrschte Einzel-funktionen in planvoller Synthese beruht" (WEBER 5.1976, 570). Zusätzlich ergibt sich, daß die mit dieser Krankenhausorganisa-tion erreichten Erfolge und Fortschritte den Erwartungshorizont prospektiver Patienten in "Rückwirkung auf den allgemeinen Bedürfnisstand" beeinflussen. Dies führt zu einer zunehmenden "subjektive(n) Unentbehrlichkeit organisierter ... bürokrati-scher Fürsorge für die verschiedensten, früher entweder unbe-kannten oder privatwirtschaftlich oder lokal gedeckten Lebens-bedürfnisse" (WEBER 5.1976, 561). Damit wird der Gedanke an einer Verminderung oder sogar Abschaffung jeder so gestalteten Organisation, also auch des Krankenhauses, immer utopischer.

Was es neben der Unangreifbarkeit und Unentrinnbarkeit der Bürokratisierung so schwer macht, ihre ganz unzweifelhaften und berechenbaren Vorteile und Erfolge leicht zu genießen, sind - wie thesenhaft behauptet - ihre bis heute unausweichlichen Folgen und Implikationen für alle in ihr eingeschlossenen Sozial-beziehungen der Individuen und Gruppen zueinander.

Auch hier ist eine Doppeldeutigkeit des Fortschritts nicht zu übersehen: Wer wäre etwa für Willkür oder Gnade, Privilegien oder Geschenke im Bereich der gesundheitlichen Sicherung ? Daß alle das Gleiche bekommen, keiner bevorzugt und keiner benachtei-ligt werden soll, ist ein fundamentaler Grundsatz unseres Gesell-schaftsverständnisses.

Nur hat der Bürger es sich so nicht vorgestellt, daß alle die gleiche Kälte zu spüren bekommen, die gleiche Ferne und die gleiche Ohnmacht. Damit sind wir am Kernproblem, zu dessen Formulierung wir wieder auf WEBER zurückgreifen können (WEBER 5.1976, 836).

"Wie ist es angesichts dieser Obermacht der Tendenz zur Büro-kratisierung noch möglich, irgendwelche Reste einer in irgend-einem Sinne "individualistischen" Bewegungsfreiheit zu retten ? Denn schließlich ist es eine gröbliche Selbsttäuschung zu glauben, ohne diese Errungenschaften aus der Zeit der "Menschen-rechte" vermöchten wir heute - auch der Konservativste unter

uns - überhaupt zu leben."

Es ergibt sich also, in anderen Worten, ein Konflikt zwischen dem "Anspruch des Individuums als Subjekt"(s.o.), seinem Anspruch auf Individualität und Autonomie und der ihm von der Organisation zugemuteten, oktroyierten Ordnung und Behandlung - mit ihren Merkmalen: Abstrakte Regelmäßigkeit, Nivellierung, entindividualisierende Unpersönlichkeit, arbeitsteilige "Fraktionierung"(cf. COE 1970, 188) unter rein sachlichen Gesichtspunkten und gehüteter Esoterik des professionellen Wissens.

Beziehen wir die vitale Angewiesenheit der meisten Patienten, in WEBER's Worten: ihr "Interesse am Gehorchen" (WEBER 5.1976, 122) oder anders gesagt: die Unentbehrlichkeit der Organisation mit ein, dann stehen wir auch an dieser Stelle vor einem fast unauflösbaren "Gehäuse der Hörigkeit".

Eine besondere Dynamik bekommt der Konflikt dadurch, daß man das, was man im Interesse der betroffenen Einzelindividuen und im Sinne der Humanität ablehnen will, im Interesse der Gleichheit und Gerechtigkeit fordern und im Interesse des Fortschritts befördern muß. Man muß "emotional verwerfen, was rational gefordert worden war" (WEBER 5.1976, 565).

Damit ist die Spannung zwischen den Polen Individuum v.s. medizinisches Handeln in der bürokratischen Organisation extrem formuliert.

In der Wirklichkeit gibt es verschiedene Mechanismen, die diese Spannung, von jedem der Pole her, abmildern können. Für den Patienten sind es z.B. "Vertrauen" oder "Einsicht" - für die Organisation die Mitinstitutionalisierung von Mitsprache der Patienten, die Erhöhung der Transparenz oder der Versuch einer patientenzentrierten Medizin.

Aber man sollte sich nicht täuschen: Die Spannung scheint uns prinzipiell unaufhebbar; sie ist dem Verhältnis von Patient und Krankenhaus, ja dem von Kranken und Medizin (RASPE 1976a) sozusagen eingeboren.

Das heißt aber nicht, daß man sie nicht noch verschärfen oder sehr mildern könnte.

Anmerkung zur Forschungs- und Literaturlage

Ursprünglich wollte ich in diesem Abschnitt die medizinsoziologische Literatur zur Frage des bürokratischen Charakters der

Krankenhausorganisation nur streifen in der Annahme, daß sie a) reichlich vorhanden wäre und b) die genannte Frage im großen und ganzen bejahen würde.

Umso größer war die Überraschung, daß für die deutsche medizinsoziologische Literatur die Annahme a) in keiner Weise - für die angloamerikanische die Annahme b) nicht ohne Einschränkung zutraf.

Drei Arten der "Behandlung" dieses Themas lassen sich unterscheiden. In den beiden ersten erschöpft sich die mir bekannte deutsche Literatur:

a) Die Frage wird gar nicht diskutiert. Dafür erscheinen zur Kennzeichnung des organisatorischen Charakters des Krankenhauses unvermittelt solche Begriffe wie: "Großbetrieblichkeit", "Dienstleistungs- bzw. Gemeinwohl-Organisation", "formelle und komplexe Organisation" oä. (SIEGRIST 1973, 3.1977; SWERTZ 3.1974; ROHDE 3.1975; PATZER 1975; REIMANN 1976). Es gibt auch Autoren, in deren medizinsoziologischen "Einführungen" die Organisation des Krankenhauses überhaupt nicht vorkommt (z.B. RITTER-RÖHR 1976; v. FERBER 1975; WIECK 1973; BARTHOLOMEYCZIK und BARTHOLOMEYCZIK 1975).

b) Von wenigen deutschen Autoren wird die Frage angeschnitten; der Begriff Bürokratie und der Name Max WEBER's tauchen auf; aber man kommt rasch zu dem Ergebnis, daß "die Anwendbarkeit des bürokratischen Organisationsbegriffes in erheblichem Maße eingeschränkt" ist (RIDDER 1978; cf. SIEGRIST 1978).

Dieses "Ergebnis" wird sozusagen dekretiert; es steht meist am Anfang der Ausführung, ohne daß auf WEBER's Text zurückgegriffen oder daß eine Diskussion wirklich eröffnet worden wäre. Manfred PFLANZ (PFLANZ 1969, 1137) erklärt zwar, daß sich Max Webers Hypothesen zur Bürokratie ... im Krankenhaus weitgehend verifizieren (lassen)". Aber auch diese etwas unglückliche Formulierung ist nicht das Ergebnis einer Erörterung - sie kommt ebenso unvermittelt wie die bei anderen Autoren zu findende Ablehnung.

c) Alle angloamerikanischen Autoren, die ich heranziehen konnte, beschäftigen sich dagegen ausführlicher mit dieser Fragestellung. Der Überwiegende Tenor ist, daß das Kranken-

haus tatsächlich ein bürokratischer Betrieb sei, aber ..." a hospital is more than just a bureaucracy" (ROSENGREN and LEFTON 1969, 53) oder: "a simplistic model of bureaucratic structure has never applied easily in the case of hospitals" (KENDALL and READER 2.1972, 81).

Diese Einschränkungen werden an folgende Argumente geknüpft:

1. Das Krankenhaus erbrächte, anders als ein Industriebetrieb, personenbezogene Dienstleistungen;
2. Krankenhäuser seien nicht profitorientiert; sie hätten eine öffentliche Aufgabe zum Wohl der Gemeinde zu erfüllen;
3. Es gäbe in einem Krankenhaus kaum gleichförmige, standardisiert zu behandelnde Ereignisse: Notfälle und Improvisationen beherrschten den Alltag;
4. Es gäbe keine pyramidenförmig-monokratische Autoritätsstruktur, sondern wenigstens herrsche das vor, was im allgemeinen als "dual lines of authority" bezeichnet wird;
5. Die wichtigste und einflußreichste Person im Krankenhaus sei der Arzt; er sei kein "Bürokrat", sondern Angehöriger einer "Profession". Professionalismus und Bürokratie verhielten sich wie Wasser und Feuer zueinander.
6. Die Autorität des Arztes sei weniger bürokratischer als vielmehr charismatischer Natur.

Wenigstens die Argumente 4 und 5 werden von allen Autoren genannt (cf. FREIDSON 1967, 1975; MECHANIC 1976, 2.1978; ROSENGREN and LEFTON 1969; COE 1970; SUSSER and WATSON 2.1971; KENDALL and READER 2.1972; CROOG and VER STEEG 2.1972; GEORGOPULOS and MANN 2.1972; GREEN 1974; JONES and JONES 1975; COX and MEAD 1975; TUCKETT 1976).

Diese beiden Argumente sind vertieft und ausgeweitet worden: Innerhalb des ärztlichen Funktionskreises, und damit die gesamte Organisation prägend, gäbe es keine autoritär-monokratische Herrschaftsstruktur. Als Beleg wird auf die Kollegialität, auf das Konsilium und auf die individuell verinnerlichten Normen der ärztliche Profession verwiesen. Wenn überhaupt, dann herrschten laterale Kontrollmechanismen vor - Ärzte seien eine "company of equals". Dieser Gedanke hat bei GOSS (GOSS 1963) dazu

geführt, den Typus einer "advisory bureaucracy", also einer Bürokratie kollegialen Beratens, vorzuschlagen. Er hat bei BUCHER und STELLING (BUCHER and STELLING 1969) dazu geführt, daß nicht nur von einer anderen Form von Bürokratie, sondern daß von einer anderen Form von Organisation gesprochen wird: Sie entwickeln das Konzept der "professionellen Organisation": "Zugänge zu formalen Organisationen, die von WEBER's Bürokratiekonzept dominiert werden, treffen einfach nicht die Verhältnisse in Organisationen, die von "professionals" dominiert werden" (BUCHER and STELLING 1969, 3); ähnliche Überlegungen finden sich auch bei FREIDSON: "Gesundheitsbezogene Dienstleistungen sind um die Autorität von Experten organisiert; und ihre Grundstruktur erwächst aus der Dominanz einer einzigen Profession gegenüber einer Vielfalt von anderen, nachgeordneten Berufen" (FREIDSON 1975, 4). So gelangt er zu der Behauptung, daß "die Erfahrung des Klienten in der medizinischen Organisation ... weniger durch die bürokratischen Elemente in jenen Organisationen verursacht wird als durch die Tätigkeit als solche und durch die Perspektive der dominaten Profession, welche die Aktivität der meisten Berufe innerhalb der Organisation strukturiert" (FREIDSON 1975, 111).

Betrachten wir diese angloamerikanische, z.T. sehr weitgehende Kritik insgesamt, dann leidet sie jeweils an einer oder an mehreren der folgenden Schwächen:

1) Die Methodologie und die Funktion eines WEBER'schen Idealtypus werden nicht verstanden. So spricht GREEN etwa von "some mythical bureaucratic organization" (GREEN 1974, 87), von der er sich als Empiriker glaubt abgrenzen zu müssen.

2) Der reiche WEBER'sche Idealtypus (s.S. 20) wird zurückgeschnitten auf ein oder zwei willkürlich ausgewählte Merkmale - vorzugsweise auf das der Amtshierarchie. Der gesamte Idealtypus wird dann als wenig geeignet betrachtet oder sogar verworfen, wenn dieses ausgewählte Merkmal empirisch nicht in der von WEBER angeblich geforderten Weise realisiert ist.

Damit wird WEBER in zweierlei Hinsicht verfehlt: Weder hat er behauptet, daß die "feste Amtshierarchie" das einzige oder auch nur das wesentliche Merkmal eines bürokratischen Betriebes sei;

noch hat er übersehen, daß es andere Formen der Kontrolle auch in einer bürokratischen Organisation geben kann. Ausführlich bespricht er das "Kollegialitätsprinzip" (WEBER 5.1976, 158 ff. und 575 ff.). Das legt den Verdacht nahe, daß der WEBER'sche Text nur auszugsweise oder aus zweiter Hand zur Kenntnis gelangt ist.

3) Man konzentriert sich auf die Verhältnisse innerhalb eines, in aller Regel des medizinischen Funktionskreises - genauer auf die Beziehung der Ärzte untereinander und betont hier die Möglichkeiten zu Aushandlungsprozessen, zu "role creation and negotiation" (BUCHER and STELLING 1969, 4/5; cf. STRAUSS u.a. 1963). Damit ist der Blickwinkel sogar in dreifacher Weise verengt: Zum ersten auf einen Teilbereich der Organisation; zum anderen auf das, was ROSENGREN und LEFTON die "Arbeitsgestaltung, den Arbeitsvollzug" ("the performance of a work") im Unterschied zu "organization for work" genannt haben (ROSENGREN and LEFTON 1969, 49); und drittens allein auf diejenigen Beziehungen der Personen dieses einen Teilbereichs, die sie zueinander unterhalten.

Natürlich ist diese Perspektive legitim und unter bestimmten Fragestellungen auch von höchstem Nutzen. Nur erschließt sie weder die Gesamtorganisation noch die Patientenrealität, und es ist überflüssig, darin etwas anderes als eine punktuelle "Erweiterung des traditionellen Bürokratiekonzeptes" (PFEIFFER 1977, 74) zu sehen. Treffend hat dieser Autor kritisiert: "Ideologischen Charakter gewann diese Konzeption dadurch, daß sie den strukturellen Aspekt, innerhalb dessen diese Gruppen ihre sekundäre, substrukturelle Autonomie in der Tat entfalten können, vernachlässigte und dadurch das Bild einer herrschaftsfreien Organisation suggerierte" (PFEIFFER 1977, 65/67).

4) Die prinzipielle Entgegensetzung von Bürokratie und professionellem Expertentum erscheint überspitzt, wenn nicht verfehlt. Bei WEBER selbst finden sich an verschiedenen Stellen Überlegungen zum Verhältnis bürokratische Organisation - Fachmann. Er sieht durchaus die Spannungen, die zwischen dem einen und dem anderen entstehen können: Denn nicht nur "die Beherrschten als Nichtfachmänner können das Maß der fachmännischen Qualifikation" immer erst nachträglich beurteilen - auch die formal Vorgesetzten befinden sich, bei ausgeprägter Arbeitsteilung und

Spezialisierung, in der Lage des Dilettanten gegenüber dem Fachmann (WEBER 5.1976, 554 und 572). Doch WEBER ging nie so weit, diese Spannungen als eine ernste Gefahr für den Bestand einer bürokratischen Organisation anzusehen. Bürokratie bedeutet ja bei ihm "Herrschaft kraft Wissen". Fachleute sind also eine wesenhafte Voraussetzung jeder Bürokratie. Sofern diese Fachleute Angestellte, in den Stab (z.B. durch Verträge) fest eingebundene Mitglieder der Organisation sind, hat er eine Sprengkraft bei ihnen nicht vermutet.

Englische Krankenhaussoziologen weisen mit Recht darauf hin, daß ihre Betrachtungen nur für die eigenen nationalen Verhältnisse Geltung haben können. Schon in den USA sei die Situation denkbar unterschiedlich (cf. GREEN 1974; COX and MEAD 1975). Es könnte also sein, daß die Kritik an WEBER und auch ihre o.g. Schwächen auf länderspezifischen, mit unseren schlecht zu vergleichenden Erfahrungen beruht.

Umso erstaunlicher wird aber die geschilderte Zurückhaltung deutscher Autoren dem Thema im allgemeinen und Max WEBER im besonderen gegenüber. Es beleuchtet die Rezeptionsgeschichte Max WEBER's, daß gerade deutsche Wissenschaftler, die doch den direktesten Zugang haben sollten, diese Frage entweder gar nicht oder ganz ungenügend diskutieren (cf. LEPSIUS 1977).

3. Die juristischen und ethischen Grundlagen der Aufklärung - das Problem der Herrschaftsbegrenzung

Unter der geschilderten Dynamik neigt funktional spezifische Herrschaft dazu, sich auszuweiten und tendenziell in Macht überzugehen dadurch, daß sie den ihr zugewiesenen Raum, "für einen Befehl bestimmten Inhalts bei angebbaren Personen Gehorsam zu finden", überschreitet.

Dessen Grenze zu sichern und den diesseitigen Raum sowohl festzustellen wie zu legitimieren, ist die Aufgabe sozialer Normen. "Soziale Normen begrenzen offenbar die Willkür der Beziehung der Menschen zueinander" (POPITZ 1961, 188).

In besonderer Weise scheint dieser Satz die Arzt-Patient-Beziehung im Krankenhaus zu betreffen, in der Herrschaftsunterworfenheit und Herrschaftsmöglichkeit positionell so ausgeprägt unterschieden und doch so unmittelbar zusammengeschlossen sind, Gerade in einer egalitär-demokratisch verfaßten Gesellschaft bedürfen (unvermeidbar) ungleichgewichtige Sozialbeziehungen - besonders dann, wenn sie für den schwächeren Teil lebenswichtig sind - solcher normativen Regulierungen. Diese stärken systematisch die Position der Schwächeren und belasten ebenso die des Stärkeren. Sie sind damit als Mechanismen einer Herrschaftsbegrenzung intendiert und - wenn auch sehr unterschiedlich - wirksam.

Auf zwei dem Ursprung nach verschiedene, sich heute aber zunehmend berührende Normfelder, möchte ich im Hinblick auf unser Thema eingehen:

- a) Auf die um den Gedanken eines Patientengrundrechtes auf Information sich erweiternde ärztliche Ethik und
- b) auf die Rechtsvorschriften zur sog. Selbstbestimmungsaufklärung.

Die ärztlichen Verhaltensvorschriften werden als eine intraprofessionelle Selbstbegrenzung, die juristischen Normen als eine von "nichtsachverständigen" Dritten auferlegte Außensteuerung angesehen.

Gerade in den letzten Jahren haben deutsche Ärzte bzw. Arztfunktionäre die Notwendigkeit einer um den Punkt der Aufklärung erweiterten ärztlichen Ethik anerkannt. Sie formulierten als einen ersten Schritt in dieser Richtung Kataloge von "unveräußerlichen Grundrechten" des Patienten in seiner Beziehung zum Arzt. Genannt wird dabei ausdrücklich auch das Recht auf Aufklärung und Information.

Vorläufer dieser Bewegung gab es in den USA, in denen schon 1973 eine "Bill of Rights" der Patienten von der amerikanischen Krankenhausgesellschaft geschaffen wurde (SCHWEISHEIMER 1974). Parallele Anstrengungen finden sich heute in mehreren europäischen Ländern, etwa in Österreich und der Schweiz.

In der Bundesrepublik hat Volrad DENEKE, der Geschäftsführer der Bundesärztekammer, 1976 als eines der "unveräußerlichen Rechte des Bürgers in unserem Gesundheitssystem" ein "Informations-

recht" als "Voraussetzung für ein partnerschaftliches Verhältnis zwischen Arzt und Patient" postuliert (DENEKE 1976).

Allerdings steht meines Wissens die Annahme eines solchen Grundgesetzes des Patienten durch ein dazu legitimiertes professionelles Organ (etwa eine Fachgesellschaft oder den Deutschen Ärztetag) noch aus. Ebenfalls noch unterhalb einer Standesordnungs-Ebene ist die "Charta des Patienten", die von der österreichischen Bundesministerin für Gesundheit und Umweltsschutz, einer Ärztin, herausgegeben worden ist. Auch sie enthält ein "Recht auf Information" (VESKA 40, 1976, 325/326).

Anders verhält es sich in der Schweiz, in der die Schweizerische Akademie der Wissenschaften "Richtlinien für die Sterbehilfe" erlassen hat, in denen "von gehöriger Aufklärung" und von der Respektierung des Willens des so urteilsfähig gemachten Patienten die Rede ist (Deutsches Ärzteblatt 74 (1977), 1933 ff.).

Die bei uns noch relativ unverbindliche Postulierung eines Informationsrechtes des Patienten scheint mir eine Kompromißbildung und Zwischenstufe darzustellen. Sie ist unvermeidlich, wenn man Autonomie und Würde des Patienten als zentrale Begriffe fixiert, wie es zuletzt in den Deklarationen der 29. Generalversammlung des Weltärztebundes im Oktober 1975 in Tokio geschehen ist (LAUENSTEIN 1976).

Sie ist aber noch eine Zwischenstufe insofern, als dem Patientenrecht bisher in der ärztlichen Ethik keine Arztpflicht entspricht. DENEKE betont in diesem Sinne ausdrücklich: "Das so verstandene Informationsrecht des Patienten ist nicht identisch mit bedingungsloser Aufklärungspflicht des Arztes" (DENEKE 1976).

Es sei die Prognose gewagt, daß es eines Tages identisch werden wird mit einer Pflicht jedenfalls zu "gehöriger", "angemessener" Aufklärung - von der im begründeten Einzelfall allerdings der Patient den Arzt und dieser sich selbst befreien können muß.

Wichtig ist, daß das heutige Prinzip: Im Regelfall nicht aufklären (Ausnahmen sind in Sonderfällen möglich), abgelöst wird durch das dazu polare Prinzip: Im Regelfall aufklären - Ausnahmen sind zu begründen.

Die Rechtsprechung der ordentlichen Gerichte und die höchst-

richterlichen Entscheidungen weisen ohne Zweifel schon seit den 40er Jahren diesen Weg - trotz der vielfältigen ärztlichen Einwände, die sich in erster Linie um die Erhaltung eines ärztlichen Ermessensspielraumes im Rahmen der professionellen Autonomie sorgen (cf. HALLERMANN 1971; HESS 1975; WACHSMUTH 1976; BARNICKEL 1977; BOCKELMANN 1977). Diese ärztlichen Einwände lassen sich z.T. mit bedenkenswerten Argumenten verteidigen (cf. ANSOHN 1971, 24 ff.).

Trotz aller Gegenvorstellungen nötigt aber die Rechtsprechung den Arzt zur sog. Selbstbestimmungsaufklärung seiner Patienten für den Fall, daß er irgendeinen diagnostischen oder therapeutischen Eingriff in die körperliche Integrität des Patienten plant.

Diese Aufklärungspflicht, die von der Pflicht zur therapeutisch indizierten "Sicherungsaufklärung" zu unterscheiden ist (GEILEN 1971; BECKER u.a. 1975), schafft allein die Voraussetzung zu der rechtlich wirksamen Einwilligung. Ohne diese Aufklärung würde ein solcher Eingriff im Sinne des § 223 StGB den Tatbestand der Körnerverletzung erfüllen: Der Patient muß wissen, was mit ihm geschieht, warum es mit ihm geschieht und welche Tragweite der Behandlung zukommt. Er soll selbst abwägen können zwischen Indikation, zu erwartendem Erfolg und möglichen Komplikationen. Damit hat die Rechtsprechung das Persönlichkeitsrecht des Patienten, sein Recht auf körperliche Integrität, auf Selbstbestimmung und freie Entscheidung vom Grundsatz her über die Gewissensentscheidung des Arztes gestellt. Oder wie GALLWAS es formuliert hat: "Eigenständige, von der Behandlung an den Willen des Patienten freie Behandlungsbefugnisse des Arztes sind unserer Rechtsprechung fremd" (GALLWAS 1977). Die Legitimation ärztlichen Handelns ergibt sich also in aller Regel aus der selbstbestimmten Einwilligung des individuellen Patienten: voluntas non salus aegroti suprema lex (cf. BOCKELMANN 1977; RÖPING 1977). Ausgenommen sind natürlich die Fälle, in denen der Patient vom Arzt eine ungesetzliche oder unethische Handlung verlangt, etwa abzutreiben, den Patienten zu töten, ihn ohne Grund zu operieren, ihm Rauschmittel zu verschaffen u.s.f.

Die Stellung des Patienten ist verfahrensrechtlich dadurch gestärkt, daß dem Arzt die Beweislast für eine wirksam vollzogene Aufklärung auferlegt ist - anders als in einem Kunstfehler-

prozeß. Dies hat zu sehr weitgehenden Absicherungsvorschlägen von ärztlicher (ARNDT 1975) und juristischer Seite (BOCKELMANN 1977) geführt.

Ob die Wahrheit an sich, d.h. ohne Zusammenhang mit einer diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme ebenso geschützt und für den Patienten gesichert ist, ist juristisch allem Anschein nach nicht klar (BECKER u.a. 1975; RÖPING 1977). Jedenfalls sind Verletzungen dieses "droit à la vérité" "in unserer Rechtsordnung haftungsrechtlich kaum mit Sanktionen ausgestattet" (BECKER u.a. 1975, 790).

Die Rechtsgrundlage einer ärztlichen Aufklärung ist also wünschenswert entschieden und deutlich - ausgenommen des im Krankenhaus selten berührten Rechts auf Wahrheit an sich.

Weniger entschieden sind - wie gesagt - die ärztlichen Standsvertreter, denen es verständlicherweise in erster Linie um die Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit und Gewissensentscheidung geht. Dennoch ist hier ein Wandel eingetreten, auf den wir schon aufmerksam gemacht haben. Ihm sind noch einige Worte zu widmen:

Der sog. Hippokratische Eid (ACKERKNECHT 3.1977, 54) kennt schon die Schweige-, nicht aber eine Aufklärungspflicht. In den deontologischen Schriften des Hippokrates steht im Gegenteil ausdrücklich, daß (unter der Devise *salus aegroti suprema lex*) die Wahrheit vom Kranken ferngehalten werden solle: "Von dem, was eintreten wird und dem Kranken droht, lasse man nichts merken. Denn schon viele sind dadurch - ich meine durch vorerwähnte Voraussage der drohenden Zukunft und des folgenden Geschicks - zum Äußersten getrieben worden" (zitiert nach FINZEN 1969, 53).

Wie sich die deutschen Ärzte im Zeitalter der Aufklärung zur Informierung des Patienten gestellt haben, können wir indirekt aus einer medizinhistorischen Dissertation (UNGER 1977) entnehmen, für deren Überlassung ich Herrn Prof. HARTMANN (Hannover) sehr danke. Der Autor, der 26 ärztlich-deontologische Schriften vor allem des 18. Jahrhunderts auf ihre Aussagen zur ärztlichen Verhaltenslehre, speziell auch zu "Aufklärungspflicht und Aufklärungsverhalten der Ärzte" analysiert hat, benötigte nur 2 Seiten, um dieses heute gewichtige Thema abzuhandeln. Dabei

zitiert er OSTERHAUSEN (Über medizinische Aufklärung, Zürich 1798): "So sehe ich nicht ein, wie ein vernünftiger Arzt ungehalten (!) seyn kann, wenn ihn zuweilen ein Patient bescheiden (!) um die Gründe seines Verfahrens fragt" (UNGER 1977, 104). Dieses kleine Zitat wirft ein bezeichnendes Licht auf die Handhabung der ärztlichen Aufklärung - zu jener Zeit ausgangs des 18. Jahrhunderts.

Diese Neigung zu einer imperialen Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung durch den Arzt (cf. SCHRENK 1976) findet sich auch bei den Ärztegenerationen unseres Jahrhunderts: Sie kleidet sich allerdings - im Anspruch auf eine "ärztliche Führung" des Patienten (MARTINI 1953; FREY u.a. 1976) - in ein humanitäres Argument: "Die Lage des Arztes wird aber dadurch erschwert, daß er aus rein humanitären Gründen dem Kranken unmöglich die ganze Wahrheit sagen kann" (v. EISELSBERG 1941, 115). Dieser Gedanke wird durch den Rückgriff auf ärztliche (z.B. HUFELAND) und nichtärztliche (z.B. GOETHE) Autoritäten, auf berichtete oder erlebte Suizidfälle nach wahrheitsgemäßer Aufklärung oder auf das "eigentliche" Wollen von Patienten gestützt und abgesichert. Er kulminiert in einer "moralischen Schweigepflicht" (MIKOREY 1955, 954) des Arztes gegenüber dem Patienten (cf. v. EISELSBERG 1941; v. KRESS 1960; HOFF 1975; Übersicht bei ANSOHN 1975, 24-41).

Noch 1954 schrieb Karl JASPERS, der selbst ein unbequemer, eigenwilliger, um seine Autonomie kämpfender Patient war (JASPERS 1967, 109 ff.): "Der Kranke will ferner eigentlich nicht wissen, sondern gehorchen". D.h.: Der Arzt weiß, was ein Patient "eigentlich" will: "Falls er das Gegenteil sagt, begehrt er Beruhigung, nicht die Wahrheit" (JASPERS 1954, 154). Und der Arzt entscheidet schließlich, auf sein Gewissen gestellt, allein für und über den Patienten.

Daß es sich bei manchen Ärzten dabei um ein eher schlechtes Gewissen handelt, zeigt das Bekenntnis Paul MARTINIS: "Je größer unsere Achtung vor einem Kranken, umso größer wird unsere innere Abneigung, nicht die volle Wahrheit zu sagen" (MARTINI 1953, 456).

Von dem Satz JASPERS': "Anspruch auf Wahrheit hat nur der Kranke, der fähig ist, die Wahrheit zu ertragen und mit ihr vernünftig umzugehen" (und implizit: Wann das der Fall ist, entscheide ich,

der Arzt) bis hin zu DENEKE's "Informationsrecht" als un-
äußerliches Grundrecht eines Patienten ist also ein weiter Weg
zurückgelegt worden, der umso schwerer zu gehen war, als JASPERS
keineswegs alleine stand und steht. Der zitierte hippokratische
Imperativ hat seine Wirksamkeit auf Einstellungen und Verhalten
bis heute bewahrt (cf. EHLERT 1976, 26/27 und 31).

In allerjüngster Zeit scheint aber auch für die Bundesrepublik
- sei es als Voraussetzung, sei es als Folge der Wandlungen der
ärztlichen Ethik - die Feststellung von MITCHELL und GLICKSMAN
zuzutreffen: "The climate has warmed considerably towards telling
patients" (MITCHELL and GLICKMAN 1977, 61).

Was die Ärzte zu diesem Klimawechsel bewogen hat, ist offenbar
nicht allein das Verständnis für die politisch-soziale Dimension
des Problems, also der Wille zur Aufklärung als "Ausgang des
Menschen aus seiner selbstverschuldeten Unmündigkeit".

Es ist auch und häufig sogar Überwiegend der Wunsch, die Medizin
im Einzelfall effektiver und insgesamt effizienter und kosten-
günstiger zur Geltung zu bringen.

Denn die Wirksamkeitsgrenzen moderner Medizin liegen heute oft
nicht in ihrem eigenen Vermögen und ihrem eigenen Potential,
sondern sie liegen im Verhalten der Patienten. Dieses wird dort
antitherapeutisch, unfolgsam ("non-compliant"), unkooperativ
genannt, wo sich der Patient der Vernunft und den Anweisungen
seiner Ärzte entzieht bzw. widersetzt. Das ist, wie die gesamte
Literatur zur "compliance" zeigt, offenbar bei einem sehr hohen
Prozentsatz der Patienten der Fall (s.S. 141).

In diesem Wissen bahnt sich in einer Renaissance der "physischen
Erziehung" des 19. Jahrhunderts ein verändertes "Rollenverständ-
nis von Ärzten und Patienten" an (HALHUBER 1978). Der Patient
soll durch die ärztliche Kompetenz und Autorität zu krankheits-
bewußtem Verhalten motiviert und aktiviert werden. Er soll über
gesundheitliche Fakten aufgeklärt werden. Er soll in eine Mit-
verantwortung für seine Krankheit bzw. Gesundheit eingebunden
werden - je nach weltanschaulicher Provenienz des Autors unter
einer unterschiedlichen Zielsetzung.

Die folgenden Zitate charakterisieren den Spannungsbogen:

"Der informierte Patient spart Kosten" (Deutsches Ärzteblatt 73,

1976, 1832) kann ebenso ein Leitmotiv sein wie die Einsicht in die "Unfähigkeit unserer heutigen Medizin, mit Menschen eine Beziehung aufzunehmen, die ihnen jede Freiheit läßt und sie zu der selbständigen Erkenntnis kommen läßt, daß der Arzt zwar ihr Helfer ist, sie jedoch ihr eigenes Leben und ihre eigene Gesundheit selbst in die Hände nehmen müssen" (PFLANZ 1978, 58), wie die Forderung: "Der informierte Patient hat die gesellschaftliche Verpflichtung, ein gesundheitsbewußter Patient zu sein" (Der niedergelassene Arzt H. 7, 1977, 24).

Es kann sich also aus ganz unterschiedlichen Zielen die einheitliche Forderung nach verstärkten Aufklärungsbemühungen des Arztes ergeben.

4. Die adaptive Bedeutung von Aufklärung und Information unter kognitionspsychologischen Gesichtspunkten

Die Einsicht in die Bedeutung von Information und Aufklärung für die individuelle Bewältigung einer somatischen Krankheit ist für die theoretische Vertiefung unseres Themas von zentraler Bedeutung.

Auch an dieser Stelle möchte ich einer Problemübersicht den Vorzug vor der Problemvertiefung geben; d.h. ich möchte die adaptive Bedeutung von Aufklärung und Information möglichst breit und in den Hauptzügen entfalten, ohne jedes theoretische und empirische Einzelproblem entsprechend würdigen zu können.

Damit bekommt der folgende Abschnitt den Charakter eines Exkurses. Das ist auch deshalb angebracht, weil unsere Arbeitsgruppe sich mit einer Theorie der Adaption erst seit 1975 beschäftigt hat, und die früheren Studien, die einen großen Teil unseres Datenmaterials bereitgestellt haben, noch nicht die theoretische Fundierung hatten, die uns heute wünschenswert erscheint. Ein weiterer Grund ist darin zu sehen, daß sich die Diskussion - wie sich zeigen wird - hauptsächlich auf einem (kognitions-)psychologischen Feld bewegen wird, das uns der Ausbildung nach erst einmal fremd war. So wird der fachkundige Leser an manchen Stellen berechnete Kritik üben können. Ich nehme das in Kauf - um des Gewinnes willen, der aus der Einbeziehung psychologischer

Oberlegungen und Forschungsergebnisse zu ziehen ist.

Einsetzen möchte ich bei jener, dem Mediziner vertrauteren Definition von Adaption, die die physiologische Adaptationslehre bereithält (HENSEL 1965; HENSEL and HILDEBRANDT 1965; BRÜCK 1969; HILDEBRANDT 1976):

" Physiologische Adaptation ist Teil der Fähigkeit des Organismus, Homöostase oder Stabilität aufrechtzuerhalten. Sie ist eine Funktion der Zeit und kann charakterisiert werden durch biologische Vorgänge, die einer plötzlichen Veränderung eines Umgebungsfaktors zu einem neuen konstanten Niveau folgen. Nach einer vorübergehenden Abweichung neigen bestimmte physiologische Werte und Funktionen dazu, sich zu normalisieren, d.h. sich auf den Ausgangswert zuzubewegen Stabilisierung oder Normalisierung einer physiologischen Funktion in einer veränderten Umgebung ist möglich, wenn andere Funktionen von ihrem Ausgangswert solange abweichen, wie der Stimulus oder Stressor wirksam ist. ADOLPH nennt solche Kompensationsfunktionen Adaptate" (HENSEL and HILDEBRANDT 1965, 55/56; Übersetzung von mir).

Die wichtigsten Elemente dieser Definition sind: Veränderter Umgebungsfaktor, Organismus, Homöostase und ausgelenkte Funktionen, Adaptat:

1. Adaptation ist Reaktion auf plötzliche und drastische Umwelt- (aber auch Inwelt-)Veränderungen.
2. Untersuchungseinheit ist das lebende Individuum, der Einzelorganismus, nicht die Population. Wie sich an den zyklischen Zusammenbrüchen von überdichten Tierpopulationen leicht begreifen läßt, ist die Adaptation der Population, jedenfalls in ihren individuellen Konsequenzen, etwas ganz anderes als die individuelle Adaptation. Diese ist mit dem Tod gescheitert - jene evtl. erst gesichert.
3. Adaptation ist ein gerichteter finaler Prozeß, der die Homöostase und Stabilität von Körperfunktionen unter veränderten Bedingungen im Sinne einer Ultrastabilität sichern soll.

4. Adaptation beruht auf individuell geleisteten biologisch sinnvollen Adaptaten im Austausch des Organismus mit seiner Umwelt. Sie ist darüber hinaus ein zeitlich ausgedehnter, und wie wir hinzufügen müssen, geordneter Prozeß. Dies soll im Begriff der "Adaptatsequenz" (HENSEL 1965, 1974) deutlich werden.

Ein anschauliches biologisches Beispiel bietet die Kälteadaptation der Katze: Exponiert man eine Katze anhaltend der Kälte (z.B. + 5°C), dann sinkt zuerst ihre periphere, dann die Körpertemperatur unter einen bestimmten Referenzwert ab, der das thermische Funktionsoptimum nach unten begrenzt. Diese Auslenkung wird zuerst beantwortet mit dem energetisch aufwendigen und verhaltensbeeinträchtigenden Kältezittern, dann durch eine die Substanz angreifende Verbrennung des sog. braunen Fettes (zitterfreie Thermogenese) und zuletzt, als ökonomische Langzeitlösung, durch ein Pelzwachstum. Die einzelnen Adaptate dienen dazu, die Kerntemperatur zuerst wieder anzuheben und dann - gegen die chronische Umweltbelastung - im Normbereich zu halten.

Die genannten Bestimmungselemente der physiologischen Adaptation sind auch für das Verständnis der psychosozialen Adaptation, des sog. Coping von entscheidender Bedeutung.

Die Lehre von der psychosozialen Adaptation ist vor allem von LAZARUS und Mitarbeitern ausgearbeitet worden (AVERILL u.a. 1971; LAZARUS u.a. 1974). An das Konzept dieses Arbeitskreises will ich mich im wesentlichen halten, wobei selbstverständlich Überlegungen und Ergebnisse anderer Autoren Berücksichtigung finden müssen. Ich bin nicht immer sicher, LAZARUS richtig zu verstehen; manches ist bei ihm undeutlich und wechselnd formuliert, z.B. das Einsetzen und die Funktion des sog. "secondary appraisal" (s.u.).

Für die Lehre vom Coping, also der psychosozialen Adaptation, essentiell ist die Unterscheidung von somatischen und psychosozialen Belastungen. Ich ziehe zur Verdeutlichung das Beispiel krankenhausesseitiger Belastungen heran: Unter die somatischen sind (neben den pathophysiologischen Prozessen selbst) vor allem die eingreifenderen diagnostischen und therapeutischen Verfahren,

die Medikationen, die endemischen Bakterienstämme, die Immobilisation, die Umsynchronisierung durch einen veränderten Tagesablauf, die veränderten klimatischen und Ernährungs-Bedingungen zu rechnen. Diese Belastungen wirken in erster Linie physikalisch-chemisch, stören die physiologischen Homöostasen und zeigen gleiche Effekte am bewußtlosen wie am bewußtseinsklaren Patienten.

Das entscheidende Kriterium der psychosozialen Belastungen wie Isolierung, Vernachlässigung, Informationsdefizit, aber auch der wahrgenommenen propriozeptiven Afferenzen (Schmerzen, Mißempfindungen, Druckgefühle usw.) ist, daß sie den Betroffenen über die Vermittlung höchster zentralnervöser Prozesse erreichen.

Sie sind bewußtseinsfähig und bewußtseinspflichtig.

Entscheidend sind nicht ihre physikalisch-chemischen Eigenschaften, sondern entscheidend ist ihr Informationsgehalt. Psychosoziale Belastungen wirken als Zeichen und Symbole (TEICHNER 1968, CASSEL 1974; LIPOWSKI 1974; KWOK BUN CHAN 1977).

Die psychosoziale Person, nicht der physiologische Organismus, entschlüsselt ihre Bedeutung, ihren "existentiellen Stellenwert" (SCHÄFER und HEINEMANN 1975, 98), ihre persönliche Signifikanz. Diese ist häufig biologisch fundiert, im wesentlichen aber kulturell-durchschnittlich gelernt und/oder lebensgeschichtlich-individuell erfahren. Insofern ist der Terminus "symbolische Stimuli" bzw. "Stressoren" durchaus gerechtfertigt (TEICHNER 1968, 273).

Allerdings: Eine als beängstigend und schmerzhaft erlebte Operation in Lokalanästhesie kann beides sein: somatische und psychosoziale Belastung. Im Einzelfall wird nicht immer zu unterscheiden sein, welche Komponente überwiegt. Dieses Problem stellt sich besonders natürlich für den medizinischen Bereich, in dem die somatischen Eingriffe und Belastungen allföähig sind.

Die psychosozialen Belastungen auf einer allgemeinen Ebene weiter zu charakterisieren, ist nicht einfach. Die sog. Life-Event-Forschung, die sich vor allem mit der pathogenetischen Potenz akuter lebensverändernder Ereignisse beschöäftigt (cf. PETRICH and HOLMES 1977), ist noch zu keinen endgöültigen Differenzierungen gekommen. Solche lebensverändernden Ereignisse sind z.B. unterschieden worden nach dem betroffenen Lebensbereich, nach

ihrer Zugehörigkeit zu bestimmten Lebensabschnitten, nach der Häufigkeit ihres Auftretens, ihrer mußmaßlichen Schwere und subjektiven Belastungswirkung, nach ihrem Entstehungsmodus, nach ihrer Erwünschtheit, nach ihrem Zusammenhang mit anderen lebensverändernden Ereignissen, nach zeitlichen Zusammenhängen usf. (cf. HOROWITZ u.a. 1977; MUELLER u.a. 1977; CHIRIBOGA and DEAN 1978; DOHRENWEND and DOHRENWEND 1978; SIEGRIST 1977; HURST u.a. 1978; RAHE and ARTHUR 1978).

Die meisten der Adaptationspsychologen ziehen sich durch die exemplarische Aufzählung zweifellos gravierender Ereignisse (schwere Krankheit, Unfälle, Kasernierung, Hospitalisierung, Eheschließung, Tod nahestehender Personen, Kündigung, Kriegsereignisse usf.) aus der Affäre.

Allen diesen Ereignissen gemeinsam ist wohl, daß sie einen abrupten Wechsel bedeuten; daß sie eine unvertraute, meist noch nicht absehbare Lage schaffen, daß sie langfristig "adaptogene" Folgen zu haben versprechen und daß sie - dem allgemeinen Verständnis nach - gewichtige, hochbesetzte Lebensbereiche, Eigenschaften und Werte treffen (cf. MASON u.a. 1965; PARKES 1971; KWOK RUN CHAN 1974; ADAMS and LINDEMANN 1974; KIRITZ and MOOS 1974; LAZARUS u.a. 1974, 289/90: "extrinsic stimulus properties").

Diese eher formalen Gesichtspunkte lassen u.a. noch offen, ob es sich im einzelnen um erwünschte oder unerwünschte Einflüsse handelt. LAZARUS und Mitarbeiter (LAZARUS u.a. 1974, 251) haben ausdrücklich beide Möglichkeiten genannt. Viele Autoren klammern aber stillschweigend die erfreulichen Ereignisse aus und konzentrieren sich auf die negativ bewerteten.

Die Situation, in der sich ein Individuum durch eine psychosoziale Belastung aus dem Gleichgewicht gebracht sieht, ist von manchen Autoren als "Krise" bezeichnet worden (MECHANIC 2, 1978, 222ff.; ADAMS and LINDEMANN 1974, 128). Das Kritische an diesen Situationen läßt sich allein als Zusammenspiel individueller und situativer Gegebenheiten begreifen. Es entsteht aus der durch die Person wahrgenommenen und bewerteten äußeren Belastung und den zur Verfügung stehenden Bewältigungshilfen.

Die Situation des durch ein Ereignis betroffenen Individuums wird besonders kritisch dann, wenn wirksame Bewältigungsmechanismen anscheinend oder scheinbar - in den Augen des Betroffenen

also - nicht zur Hand sind: "Damit werde ich jetzt allein nicht fertig".

Maßgeblich für die subjektive Wirkung ist also auch und vor allem eine Abschätzung der äußeren und inneren Bewältigungsressourcen (adaptives Potential).

Daß diese Abschätzung durch individualpsychische Dispositionen (Ängstlichkeit, emotionale Labilität, Sicherheits- und Kontrollbedürfnisse, Ich-Stärke usf.) behindert bzw. beeinflußt werden kann, ist offenbar.

In dem von LAZARUS und Mitarbeitern ausgearbeiteten Theorem des "primary cognitive appraisal" der "Stimulus-Situation" (siehe dazu LAZARUS u.a. 1974; LAZARUS u.a. 2.1977) sind die genannten drei Elemente zusammengeschlossen: Art, Ausmaß und Zeitstruktur der psychosozialen Belastung, die adaptiven Ressourcen und die psychologische Struktur:

Die betroffene Person schätzt nach Maßgabe ihrer psychischen Dispositionen die Stimuluseigenschaften und die zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten ab. Sie nimmt beides wahr und bewertet es "nach der subjektiven, existentialen Signifikanz", der Bedrohlichkeit für die sog. "assumptive world", wie es ein Anhänger des symbolischen Interaktionismus ausgedrückt hat (PARKES 1971, 103).

Ist die Bilanz für die Person negativ, dann "konstatiert" sie (oder wie es in der kognitiven Psychologie sogar heißt: "kogniziert" sie) eine Bedrohung oder Gefahr ("threat"). Wie weit bis hierhin ausschließlich kognitive Inhalte und Prozesse wirksam sind, wie es die Theorie des "cognitive appraisal" von LAZARUS und Mitarbeitern glauben machen will, ist für mich eine offene Frage. Daß Informationsaufnahme und -verarbeitung eine Rolle spielen, ist evident. Wie groß aber der Anteil und die Bedeutung rein kognitiver Prozesse sind, möchte ich ausdrücklich offenlassen.

Die individuelle Folge einer als negativ beurteilten Bilanz ist ein "Emotionales Reaktionssyndrom", in dem "drei Dimensionen der Reaktivität, die motorische, die physiologische und die kognitiv-subjektive" integriert sind (LAZARUS u.a. 2.1977, 194).

Von großer Bedeutung ist, daß es sich um ein "objektbezogenes"

Reaktionssyndrom handelt. Es verknüpft - uns einfühlbar bzw. verstehbar - äußere Bedingungen und Informationen mit individuellen Reaktionen.

So entstandene Furcht ist nicht zu verwechseln mit einer neurotischen Angst, die einer inneren, nicht bewußt erkannten Gefahr entspricht (cf. S. FREUD, 1969, 380 ff., 517 ff.; JANIS and LEVENTHAL 1965, 1968). Sie ist im Gegenteil "Realangst":

"Eine Reaktion auf die Wahrnehmung einer äußeren Gefahr" (FREUD 1969, 380 ff.) Genau dieser Sachverhalt soll ausgedrückt werden in dem Terminus "reflective fear", den JANIS and LEVENTHAL ausarbeiten: Diese hänge ab von der Wahrnehmung der signifikanten Reize aus der Umgebung ("environmental cues") und werde direkt durch Veränderungen dieser exogenen Reize berührt (JANIS and LEVENTHAL 1965, 1365; 1968, 1041; JANIS 1971, 114-117).

Diese "reflective fear" hat nach Auffassung der modernen Psychologie Folgen und sie hat Funktionen, die Sigmund FREUD bereits bedacht hatte: Denn er hebt (l.c.) hervor, daß die Angst, jedenfalls solange sie "Angstbereitschaft" bleibe, als "Signal" fungiere, das durchaus zweckmäßig sei.

Genau diese Auffassung vertreten auch die heutigen Autoren, die sich mit der Psychologie der Emotionen beschäftigen. Eine Emotion, z.B. Furcht, ist adaptiv, wenn sie in einem mittleren Intensitätsbereich bleibt. Sie ist in diesem Sinne als "interruption mechanism" (JANIS and MANN 1977, 36) zu interpretieren, der die eingefahrenen Wege blockiert und zu einer Neuorientierung nötigt. Auch AVERILL u.a. haben davon gesprochen (AVERILL u.a. 1971, 114), daß das Emotionale Reaktionssyndrom als "interrupt system" fungiere: Es unterbreche das gerade ablaufende Verhalten und ersetze es durch ein Antwortmuster, das der spezifischen Situation angemessen sei (cf. TEICHNER 1968; LAZARUS 1975, 47).

Gerade weil es nicht um neurotische Angst und um Symptome kranker Personen geht, wäre ein alleiniger Rückgriff auf die psychoanalytischen Abwehrmechanismen (A. FREUD 1936) und Anpassungsmechanismen (PARIN 1977) adaptationspsychologisch verfehlt. Beide Begriffe bezeichnen "fest etablierte Mechanismen, die unbewußt, automatisch und immer wieder gleich ablaufen" (PARIN 1977, 481). Obwohl auch sie, topisch gesehen, Leistungen des Ich sind (S. FREUD: "Das Ich ist die alleinige Angststätte" - und auch die Stätte der Abwehr), dienen sie doch dazu, eine längerfristige

offene Auseinandersetzung zu vermeiden. Sie verdrängen, verleugnen den eigentlichen Konflikt - während die im emotionalen Reaktionssyndrom beginnenden Bewältigungsstrategien ihn aufnehmen und austragen. Diese beinhalten, wie HAMBURG u.a. (HAMBURG u.a. 1974, 416) formulierten, imaginatives und innovatives Verhalten. Psychosoziale Adaptation ist in diesem Sinne schöpferisch, nicht routinisiert oder automatisiert (cf. LAZARUS u.a. 1974, 251).

Dieser Aspekt ist gerade für unser Thema bisher sträflich vernachlässigt worden (z.B. LEDERER 1952). Zu häufig war von Regression, von Verdrängung und Verleugnung die Rede gewesen (siehe dazu kritisch SIEGRIST 1972).

Mit einem Wort: Die Lehre vom Coping, von der psychosozialen Adaptation, handelt nicht von Neurotikern, sondern von psychisch gesunden "average persons" (JANIS and LEVENTHAL 1968, 1043).

Ein sehr schwieriges Problem, auf das ich nur hinweisen will, liegt in der Frage nach dem Ort der Störung. Hier hat es die Physiologie leichter: Kältereize affizieren das thermoregulative System, dessen Referenzwerte, Regelzentren, Fühler und Stellglieder weitgehend zu lokalisieren sind. Was aber wird durch wahrgenommene Schmerzen, durch körperliche Funktionseinbußen, durch Isolation, durch Informationsdefizite oder den Tod des Ehepartners angegriffen? Man wird antworten können:

Eine bestehende psychosoziale Homöostase, ein in der Balance gehaltenes Gleichgewicht - aber dieses zu lokalisieren, scheint sehr schwierig zu sein.

Ein individualpsychologischer Versuch besteht in der Annahme, daß psychosoziale Belastungen das Selbstwertgefühl einer Person ("self-esteem") beeinträchtigen (HAMBURG u.a. 1974). Bei anderen Autoren ist von Ich-Ideal (ADAMS and LINDEMAN 1974), vom Ideal der persönlichen Unversehrbarkeit ("concept of personal invulnerability" JANIS and LEVENTHAL 1968), von Selbstidealisierungen (SIEGRIST 1972), vom Selbst-Konzept (MATSON and BROOKS 1977) oder von ähnlichem die Rede. Allein die Aufzählung zeigt schon Anspruch und Schwierigkeiten der Autoren: Man sucht eine Instanz im Individuum - und bekommt sie doch nicht recht zu fassen.

Neben oder in Verbindung mit diesem Konzept einer intrapsychischen Homöostase ließe sich auch ein Konzept denken, das interpersonelle Gleichgewichte betont (z.B. die "Zugehörigkeit zu

einer hoch bewerteten Gruppe " (cf. HAMBURG u.a. 1974; KIRITZ and MOOS 1974), ebenso eines, das wie immer fundierte Grundbedürfnisse als verletzt ansieht (cf. CASSEL 1974; WHITE 1974; SELIGMAN 1975).

Ich muß mich damit begnügen, das Problem zu nennen und die Überzeugung auszudrücken, daß mit gutem Recht verschiedene Lösungen gewählt werden können - je nach den anthropologischen Grundpositionen, die die verschiedenen Autoren bewußt oder unbewußt einnehmen.

Wie immer diese Frage auch "gelöst" wird - es ist sicher, daß Emotionen mittlerer Intensität, also z.B. eine moderate Furcht mit individuell-adaptiven Veränderungen einhergehen, die von größter Bedeutung für unser Thema sind. Schon Sigmund FREUD hat darauf hingewiesen, daß Realangst ein "Zustand gesteigerter sensorischer Aufmerksamkeit und motorischer Spannung" (FREUD 1969, 517/518) darstelle. Diese Auffassung wird von LAZARUS, JANIS and LEVENTHAL, WHITE, TEICHNER, SELIGMAN, HAMBURG and ADAMS geteilt.

Auf die somatischen Prozesse (die Stressreaktionen) will ich hier nicht näher eingehen; wichtig sind mir die psychischen und die verhaltensmäßigen Folgen:

Nimmt man die genannten Autoren zusammen, dann gehört zum emotionalen Reaktionssyndrom eine Ausrichtung der Aufmerksamkeit auf thematisch wichtige Vorgänge und Informationen; eine gesteigerte Motivation, Information aufzunehmen und zu verarbeiten; fokussierte und verstärkte kognitive Anstrengungen sowie ein Suchverhalten, um zu den subjektiv benötigten Informationen zu gelangen. JANIS und LEVENTHAL konstatieren als eine Konsequenz der "reflective fear" den "arousal of need of vigilance" (JANIS and LEVENTHAL 1968, 1048). Dieses Bedürfnis bzw. dieser Zwang führe zu wacher unterscheidungsmächtiger Aufmerksamkeit ("discriminative vigilance"), einer größeren Reaktionsbereitschaft und zu bestimmten kognitiven Veränderungen wie Überprüfung der Umgebung ("scanning"), Konzentration auf die gefahrbezogenen Informationen und die Planung und Auswahl alternativer Handlungsstrategien (cf. MILLER 1976, 33).

Allein diesen letzten Aspekt will ich in Verdeutlichung von LAZARUS als "secondary appraisal" bezeichnen.

Die genannten adaptiven Veränderungen sind nach allen Autoren allerdings nur dann möglich, wenn der Affekt weder zu schwach noch zu stark sei. JANIS und LEVENTHAL halten anders als LEVENTHAL (LEVENTHAL 1970) eine U-Kurven-Beziehung für plausibel (JANIS and LEVENTHAL 1968, 1051/52): Effektives und angemessenes psychisches und verhaltensmäßiges Coping in einer Krise sei erst möglich, wenn es überhaupt zu einem Emotionalen Reaktionssyndrom, zur "reflective fear", gekommen sei; und es sei nur solange möglich, wie der Affekt nicht zu stark werde. Gar keine und übermäßige Angst - beides sei unzweckmäßig und führe zu langfristig defizitären Copingstrategien wie Verleugnung, Vermeidung, Untätigkeit oder Panik und Hypervigilanz (cf. JANIS and MANN 1977).

Zum effektiven Coping gehört, wie angedeutet, auch die Verhaltensaktivität: Die bedrohte Person unternimmt etwas, um sich vor der Gefahr zu schützen; sie holt z.B. Informationen ein, sucht einen Arzt auf oder legt sich ins Bett, wenn sie Krankheitszeichen an sich wahrnimmt. Je bedrohungsbezogener ("threat-related", GAL and LAZARUS 1975) die Aktivitäten sind, umso besser wird das Ergebnis sein. Aber auch offenbar nicht-bedrohungsbezogene Aktivitäten erleichtern die Bewältigung, wie diese Autoren zeigen.

Dadurch, daß das psychische und verhaltensmäßige Coping sich sowohl gegen die eingetretene Bedrohung oder Belastung (retrograd) als auch gegen ihre jeweiligen Folgen (antizipieren) wendet, kommt es zu einer "Selbstregulation der Emotionen" (LAZARUS 1975); Kognitive Prozesse und äußere Aktivitäten setzen sich mit dem Affekt in ein antagonistisches Gleichgewicht: Je größer der Affekt, umso weniger können sich die fokussierte Aufmerksamkeit ("focal attention", SCHACHTEL 1954) und die bedrohungsbezogenen Aktivitäten durchsetzen. Je größer auf der anderen Seite ihr Gewicht wird, umso geringer der Affekt. Alle diese psychischen und psychomotorischen Aktivitäten können in Analogie zum Schema der physiologischen Adaptation durchaus als "Adaptate" aufgefaßt werden.

Daß der bisher beschriebene Prozeß eine zeitliche Ausdehnung und Ordnung enthält, versteht sich von selbst. Ein "Motor" der Entwicklung ist in dem von LAZARUS sog. "reappraisal" (LAZARUS u.a. 1974, 260) zu sehen; dieser Ausdruck bezeichnet eine Veränderung

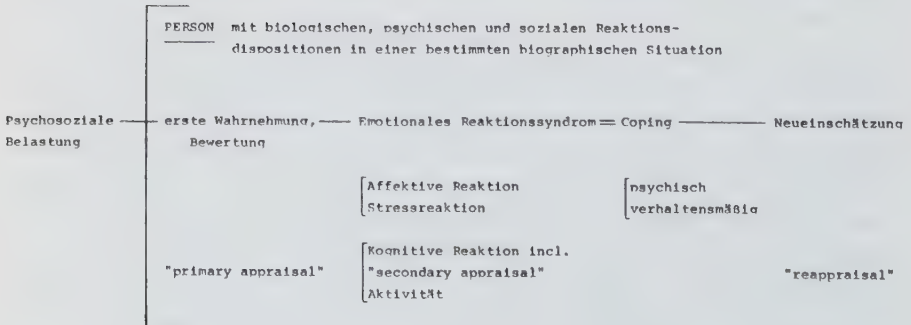
der originären Wahrnehmung, des "primary appraisal", die auf veränderten Umwelthedingungen, neuen Informationen oder Effekten der Copinganstrengungen beruhen kann. Nach einem "reappraisal" kann der ganze Prozeß noch einmal verstärkt von vorne beginnen, er kann weiterlaufen oder abgebrochen werden. Das beruht, wie gesagt, auf der subjektiven Neueinschätzung der veränderten Situation.

Wenn wir versuchen, das bisher Gesagte in ein einfaches analytisches Schema zu bringen, dann ergibt sich folgendes Bild:

Abbildung 5: Schema der psychosozialen Adaptation

Schema zur psychosozialen Adaptation

(Coping)



Verzichtet habe ich auf die Darstellung von Rückkopplungsprozessen auf die Berücksichtigung der Gleichgewichtsbeziehungen im Emotionalen Reaktionssyndrom und auf eine zu weitgehende Trennung von Emotionalen Reaktionssyndrom und Coping. Emotionen sind selbst adaptiv und finden "nur" ihre Fortsetzung in weiteren, ausge-

arbeiteten psychischen und verhaltensmäßigen Copingstrategien.

Vor allem die Rückkopplungsprozesse sind noch zu wenig erforscht, als daß ihnen mit einigen Strichen und Verbindungslinien Genüge getan werden könnte.

In der schrittweisen Besprechung dieses Modells der psychosozialen Adaptation ist schon an mehreren Stellen auf die Rolle und Bedeutung von Informationen hingewiesen worden:

- Psychosoziale Belastungen wirken (als solche) allein vermittels ihres persönlich aufgefaßten Informationsgehaltes.
- Das Gefühl einer Bedrohung entsteht jedoch nicht nur dann, wenn ein Ereignis mit offensichtlich negativen Implikationen wahrgenommen worden ist, sondern auch dann, wenn eine neue Situation nicht klar einzuordnen ist, wenn sie einen unstrukturiert-unsicheren oder widersprüchlichen Charakter aufweist, wenn also klare Informationen fehlen.
- Die resultierende Furcht bekommt die Funktion eines Warn- und Unterbrechersignals und wirkt als ein Motiv, das u.a. auch kognitive Anstrengungen anregt.
- Die Gestalt und das Ausmaß des emotionalen Reaktionssyndroms werden auf zwei weiteren Wegen beeinflusst: Es ist auf die antagonistische Beziehung von geordneten kognitiven Prozessen auf der einen, affektiven und somatischen Erregungen auf der anderen Seite hingewiesen worden. Das läßt erwarten, daß eine gezielte Aufklärung, also das Angebot bzw. die Ausarbeitung einer kognitiven Ordnung, beanspruchungsmindernde Wirkungen haben wird.
Ebenso wirken werden zum anderen Informationen über erfolgreiche Bewältigungsmöglichkeiten und -ressourcen.

Abschließend möchte ich in kursorischer Form diese Bedeutung von Information und Aufklärung für die Belastungswirkung und die Bewältigung psychosozialer Ereignisse mit Hilfe einiger Literaturhinweise bekräftigen und veranschaulichen.

1. Kognitionspsychologen neigen dazu, das ist nicht überraschend, ein "need to know", ein Wißbedürfnis zu hypostasieren (MASLOW 1963).

Dieses Bedürfnis läßt sich in einen noch weiteren Zusammenhang stellen: WHITE geht davon aus (WHITE 1974, 52/53), daß es ein wesenhaftes Charakteristikum lebender Systeme sei, nicht nur daß sie sich selbst zu erhalten trachteten ("self-maintenance" sondern auch, daß "der Lebensprozeß notwendigerweise Expansion mit sich bringt". Die Richtung dieses organismischen Prozesses weise auf eine Zunahme von Autonomie. Das genannte Wißbedürfnis kann als ein Teil dieser Strebung gedacht werden. Wenn das für alle Organismen, also auch - nun als anthropologische Konstante - für den Menschen gilt, dann natürlich auch für den hospitalisierten Patienten; und das, was BALINT "the need to understand" und WADSWORTH "the desire for understanding" genannt haben (WADSWORTH 1976, 6), kann als Emanation dieses Grundbedürfnisses angesehen werden.

Doch mit diesen Deduktionen ist das Gebiet des Unbeweisbaren und Unwiderlegbaren betreten. Ich möchte mich eher an die empirischen Belege halten, die aus der Beobachtung spontaner und provozierter Patientenreaktionen gewonnen werden können:

2. Hospitalisierte Patienten, die in aller Regel mit ängstlichen Erwartungen ins Krankenhaus kommen, zeigen zu mehr als 80 % uneingeschränkt hohe, thematisch bestimmte und subjektiv begründete Informationsbedürfnisse (Literaturübersicht RASPE 1977). Auf unsere eigenen Befunde wird unten noch ausführlich einzugehen sein (s.u.S. 79).

Es lassen sich auch gezielte verhaltensmäßige Aktivitäten feststellen, die sich auf einen Zugewinn von Informationen richten (z.B. HAMBURG and ADAMS 1967; VERNON 1971). Auch wir haben Anhaltspunkte dafür gewonnen (s.u.S.113).

Diese Beobachtungen lassen sich durch Studien an gesunden Personen in verschiedenen Belastungssituationen sowie durch tierexperimentelle Untersuchungen stützen: Jeweils der überwiegende Teil der untersuchten Kollektive zieht es vor, sich Informationen zu verschaffen, diese oder anders angebotene Informationsquellen zu nutzen und sie in belastungsminderndes oder -vermeidendes Handeln umzusetzen. Nur der kleinere Teil

neigt zu Bewältigungsmustern, die auf eine Abwehr und Reduktion von Informationen hinauslaufen (cf. GAL and LAZARUS 1975; SELIGMAN 1975, 121 ff.; WEISS 1971; zur Vertiefung AVERILL 1973; AVERILL u.a. 1977).

3. Die Bedeutung von Information wird weiter dadurch unterstrichen, daß sich in tier- und humanpsychologischen Experimenten verstärkte somatische und psychische Beanspruchungsreaktionen herbeiführen lassen, wenn die Versuchspersonen unter der zusätzlichen Bedingung kognitiver Deprivation oder Desorganisation belastet werden: Die Experimente der Arbeitsgruppe um M. SELIGMAN (SELIGMAN 1975) machen es wahrscheinlich, daß "Unkontrollierbarkeit" und "Unvorhersehbarkeit" (also zwei Dimensionen von Unsicherheit) im Endergebnis zu erheblichen psychopathologischen Reaktionen führen (können) (zur Vertiefung McREYNOLDS 1976).

Auch in der neueren psychosomatischen Medizin wird Lebensbedingungen, die sich durch Unvorhersehbarkeit, Unbeeinflussbarkeit und Unerklärbarkeit auszeichnen, eine starke pathogene Potenz zugesprochen (z.B. CASSEL 1970; KIRITZ and MOOS 1974; LIPOWSKI 1974).

4. Die in der Folge kognitiver Deprivation und Desorganisation entstandenen Verwirrungen und Zusammenbrüche disponieren offenbar zu "unreiferen" undifferenzierteren Copingformen - z.B. zur unrealistischen "blanket reassurance": "Ich bin völlig unverletzlich, mir kann gar nichts passieren", was nach JANIS und LEVENTHAL (JANIS and LEVENTHAL 1965, 1366) durchaus die Verleugnungssymptome in blanden Psychosen imitieren kann; oder es führt zur "indiscriminate vigilance", zur Hypervigilanz, etwa in Form der Panik, in der nur den auf der Hand oder vor Augen liegenden Hinweisen nachgegangen wird: z.B. wenn bei einem Hotelbrand einige Gäste sofort und ohne zu überlegen aus dem Fenster in den sicheren Tod springen (JANIS and LEVENTHAL 1965, 1366; JANIS and MANN 1977, 40).

5. Komplementär zu diesen Befunden läßt sich demonstrieren, daß Beanspruchungsreaktionen durch eine gezielte Steuerung kognitiver Prozesse beeinflußt, also auch gemildert werden können: Die Filmexperimente von LAZARUS und Mitarbeitern (AVERILL u.a. 1971) belegen, daß ein immer gleicher Filmstreifen (z.B. über

Beschneidungsrituale von australischen Eingeborenen) ganz verschiedene Stress- und Distressreaktionen hervorrufen kann. Entscheidend ist der kognitive Beurteilungskontext, in den die Bilder durch gezielt variierte Tonspuren gestellt werden. Diese Ergebnisse bestätigen indirekt die Schachter-Singer-Experimente zur Bedeutung kognitiver Faktoren für die emotive Bewertung körperlicher Stresszustände (SCHACHTER and SINGER 1962).

Im Speziellen läßt sich zeigen, daß die Erhöhung der auf Informationen beruhenden Beeinflußbarkeit im Stressexperiment günstige, beanspruchungsmildernde Effekte nach sich zieht. Je mehr Kontrolle Versuchspersonen in einem solchen Test selbst ausüben konnten, desto geringer waren die mit der Adrenalinausschüttung gemessenen Stressreaktionen, denen die affektiven Distressreaktionen parallel gingen (FRANKENHAEUSER 1971, 25/26; FRANKENHAEUSER 1976). WEISS hat gleiche Effekte im Tierexperiment mit Ratten zeigen können (WEISS 1971; cf. MILLER 1976).

Auch durch die (alleinige oder zusätzliche) Erhöhung der Vorhersehbarkeit lassen sich offenbar günstige Effekte erreichen. Dies belegen alle uns bekannten klinischen Studien, die zwischen 1964 und 1978 durchgeführt wurden, um die Wirkung präoperativer Aufklärungsgespräche auf den postoperativen Genesungsprozeß zu prüfen (cf. EGBERT u.a. 1964; SHIPLEY u.a. 1978); deutsche Literaturübersicht bei DAVIES-OSTERKAMP 1977). Es wurde ein immer ähnliches Forschungsdesign gewählt: Im Zentrum steht eine Patientengruppe, der eine besondere Aufklärung zuteil wurde. Diese Patienten wurden gezielt informiert über Indikationen, Ablauf, Risiken und Gewinn der diagnostischen oder therapeutischen Maßnahmen, über das, was sie postoperativ realistischerweise an Schmerzen, Funktionsbeeinträchtigungen und Unbequemlichkeiten zu erwarten hatten zur Herbeiführung von "accurate expectations" (JOHNSON and LEVENTHAL 1974) und über eigene Beeinflussungs- und Kontrollmöglichkeiten der postoperativen Beschwerden. Oft wurden diese Informationen und Instruktionen in einem direkten Arzt-Patient-Kontakt gegeben, in anderen Fällen wurden technische Hilfsmittel wie Videobänder, Tonbandkassetten oder Aufklärungsschriften eingesetzt. Die günstigen Effekte, die z.B. über den Tag des ersten

Aufstehens, das Ausmaß des postoperativen Erbrechens, den Schmerzmittelverbrauch, Angst und Befindlichkeitsstörungen, die Dauer der Hospitalisierung usf. bestimmt wurden, ließen sich in aller Regel sowohl bei pädiatrischen wie bei erwachsenen Patienten sichern. Allerdings zeigten einige Patienten ein den Erwartungen nicht entsprechendes anderes Verhalten - sei es eine günstige Adaptation ohne Aufklärung, sei es eine ungünstige trotz Aufklärung. Diese Fälle führen sehr deutlich die Bedeutung individueller Reaktionsdispositionen vor Augen.

Leider haben die meisten Untersuchungen die genannten Aufklärungsinhalte bzw. -dimensionen nicht systematisch variiert, so daß noch unklar ist, ob die Steigerung des Fakten- und Erklärungswissens, die des Erwartungswissens, die des handlungsrelevanten Rezeptwissens oder ob die personale Zuwendung ("soziale Unterstützung", cf. COBB 1976) den Hauptanteil des Effektes ausmacht. Auf einige dieser Studien wird unten noch einmal einzugehen sein (s.u.S. 135).

Unklar ist auch, ob es sich tatsächlich um eine U-Kurven-Beziehung zwischen einerseits affektiver und somatischer Erregung und den kognitiven und verhaltensmäßigen Möglichkeiten andererseits handelt und ob die affektive Erregung das *primum movens* der kognitiven und instrumentellen Reaktion darstellt ("fear as a drive"). Auch für ein anderes, das sog. "parallel response model", finden sich Belege (cf. LEVENTHAL 1970). Dieses geht davon aus, daß affektive, kognitive und instrumentelle Reaktionen zwar parallel angestoßen werden, daß sie sich aber nicht gegenseitig bedingen. Welches Modell auch immer verworfen werden muß - es kann als sicher gelten, daß alle genannten Reaktionsebenen eng miteinander verflochten sind und sich im Sinne der zitierten "Selbstregulation der Emotion" (LAZARUS 1975) gegenseitig beeinflussen.

Die Annahme der kognitiv-phänomenologischen Stress- und Copingpsychologie sensu LAZARUS sowie die gestreiften klinischen Beobachtungen und Experimente führen uns zu den zwei wesentlichen Zusammenhängen

- a) von Informationen (bzw. Aufklärung) und psychosozialen Belastungen sowie
- b) von Informationen (bzw. Aufklärung) und psychosozialer Adaption:

Kognitive Deprivation und/oder Desorganisation ist per se belastend; ein effektive, also flexibles und realitätsangepaßtes Coping ist ohne Information (und Aufklärung) nicht denkbar (cf. WHITE 1974; BERLYNE 1976; MILLER 1976).

5. Soziale Grenzen und Möglichkeiten der Patientenaufklärung - zur Aktualität des Themas

Bevor ich zu unseren eigenen empirischen Ergebnissen komme, die aus den genannten forschungsbiographischen Gründen in einem etwas prekären Verhältnis zu den bisher gegebenen Grundlagen stehen, möchte ich ein Resümee dieses ersten Hauptabschnittes geben:

Durch die Abschnitte 2 - 4 ist das Thema "Aufklärung und Information bei Krankenhauspatienten" eingespannt zwischen zwei unterschiedliche theoretische, praktische und normative Referenzsysteme: ein soziologisch-politisches und ein medizinisch-ärztliches.

Das erste eröffnete den Zugang zum Problem der Herrschaft und eines ihrer Mittel in einer bürokratischen Organisation sowie zum Problem der Herrschaftsbegrenzung; das zweite den zu den medizinisch bedeutsamen seelischen, körperlichen und verhaltensmäßigen Funktionen und Folgen von Aufklärung und Aufklärungsmangel.

Das universelle politische Ziel der Aufklärung heißt Ausgang auch des Patienten aus Unmündigkeit und Heteronomie, heißt Zugang zu Selbstbestimmung oder wenigstens Partizipation und Kontrolle - das partikuläre ärztliche begrenzt sich auf das "salus" und die "solatio" jedes Patienten - im Sinne des medizinischen Normbegriffs, der wie JASPERS zeigen kann, auch ein "Wertbegriff" und kein "Durchschnittsbegriff" ist: "Krank heißt unter irgendeinem, aber immer gleichen Gesichtspunkt schädlich, unerwünscht, minderwertig" (JASPERS 9.1973, 652).

Generell gesprochen, stellt die ärztliche Aufklärung dem Patienten Informationen zur Verfügung, die einerseits dessen Selbstbestimmungsmöglichkeiten erhöhen und die ärztliche Herrschaft begrenzen und die ihm andererseits die Belastung der Unsicherheit ersparen und ihm bei der Aneignung und Bewältigung seiner Krankheit helfen. Umgekehrt stellt ein Aufklärungs- und Informationsdefizit eine psychosoziale Belastung sowie ein Bewältigungserschwerbis dar und festigt die Herrschaftsunterworfenheit des

Patienten bzw. die Herrschaftsmöglichkeiten des Arztes.

Generell gesehen fallen in dieser doppelten Wirkung der Aufklärung offenbar das politisch und juristisch Erwünschte und das ärztlich Gebotene zusammen.

Generelle Betrachtungen aber, auch wenn sie sich massenstatistisch befriedigend absichern lassen, haben im ärztlichen Bereich eine Grenze: Diese liegt in der Individualität des einzelnen Patienten. Was im Durchschnitt gilt, gilt eben nicht in jedem Einzelfall, und oft weiß man vorher nicht, ob ein Einzelfall unter die Ausnahmen oder unter die Regel fällt. ♣

Auch und gerade in der patientenzentrierten Medizin, die beide Ziele, das universell-politische und das partikulär-ärztliche bewahren und versöhnen will, ist diese Spannung nicht grundsätzlich zu lösen und wird den ärztlichen Alltag begleiten.

Was den sozialen Aspekt der Aufklärung, vor allem was ihre herrschaftsbegrenzende Wirksamkeit angeht, wird man sich vor Überschätzungen hüten müssen. Aufklärung wirkt in der Tendenz herrschaftsbegrenzend, sie kann so wirken; aber ob und in welchem Ausmaß sie es tut, hängt von vielen Bedingungen ab, deren meiste der Disposition und der Kontrolle des Patienten entzogen sind. Die folgenden scheinen mir besonders wichtig zu sein:

1. Wie vollständig und wie verständlich der Arzt sein Wissen mitteilt, den Patienten also aufklärt, ist trotz aller juristischen Normen weitgehend in sein eigenes Belieben gestellt. Jedenfalls kann der Arzt (zumal von einem Patienten) nicht dazu gezwungen werden, gegen seine eigenen Intentionen und Überzeugungen zu handeln.
2. Darüber hinaus ist es dem Arzt nicht einfach, den Patienten in medizinischem Sinne vollständig und zutreffend aufzuklären. Das gilt prinzipiell und umso mehr, je rascher das medizinische Wissen einerseits zunimmt und andererseits veraltet. Die "Wissenslawine" (v. UEXKOLL 1971; GROSS und FRITZ 1974) bzw. die sich verkürzende "Verdoppelungszeit" (HASELOFF 1976) des medizinischen Wissens stellen nicht nur die Ärzte vor intraprofessionelle Probleme - sie erschweren auch den tendenziellen Ausgleich der Wissensdifferenzen zwischen Fachleuten und Laien.

3. Gerade weil fast jeder Patient ein medizinischer Laie ist, weil ihm also medizinisches Wissen im allgemeinen und im speziellen medizinische Informationen über sich selbst nicht zur Verfügung stehen bzw. zufließen, kann er dem Arzt nur selten gezielte Fragen stellen und erhaltene Antworten ohne weiteres assimilieren.
4. Auch kann er weder die Richtigkeit noch die Wahrheit einer Antwort tatsächlich beurteilen. Erinnerung sei in diesem Zusammenhang an die "geglückten" Täuschungen von Patienten (ein berühmtes Beispiel ist Theodor Storm), vor deren Augen ein günstiges Scheinkonsilium abgehalten, denen ein fingierter Arztbrief oder Histologiebefund zugespielt oder denen ein fremdes Röntgenbild "erklärt" wurde - alles, um den Patienten davon zu überzeugen, daß er nicht an der befürchteten Krankheit leide.
5. Auch ist ein Patient anfangs häufig durch seine eigenen körperlichen oder seelischen Zustände behindert, Fragen zu stellen und auf ihnen zu insistieren. Dazu kommt
6. ein quasi natürliches "Interesse am Gehorchen", das nicht nur Ausdruck regressiver Neigungen ist, sondern das seine Grundlage in der "Interessenkonstellation" zwischen Arzt und Patient und in der "monopolistischen Lage" des Arztes hat (WEBER 5.1976, 542). Der Krankenhauspatient befindet sich in der Regel in einer hilflosen und hilfsbedürftigen Lage, in der er auf ärztliche Hilfe angewiesen ist. Diese Situation ermutigt nicht, auf verbrieften Rechten zu bestehen und sie einzuklagen.

So kann der Patient im Laufe der Zeit ein widerstrebender Teilnehmer der "Verschwörung des Schweigens" werden. Neben das "Wißbedürfnis" tritt immer stärker eine "Angst vor dem Wissen" (MASLOW 1963); in den "arousal of need of vigilance" mischt sich "the need of reassurance" (JANIS and LEVENTHAL 1965, 1968). Informationssuche und Informationsabwehr sind zwei miteinander ringende Bewältigungsformen, deren Gewichte sich im Laufe der Zeit verschieben. Je länger das Schweigen, aus welchen Gründen auch immer, anhält, umso schwerer wird es sein, es zu lösen: Was zu fragen und was zu sagen wäre, wird von Tag zu Tag mehr,

und bald hat es ja doch keinen Zweck mehr, weil der Patient kurz vor der Entlassung steht und sich aller Beteiligten Hoffnung auf den Hausarzt richten kann. Auch hier wirkt die normative Kraft entstandener oder zugestandener Verhältnisse.

Begünstigt wird die Entstehung solcher schweigenden Arrangements zweifellos durch organisatorische Verfahren und Regelungen in unseren Krankenhäusern. Das wird noch einmal zu streifen sein (s.u.S.150). Allgemein neigen aber gerade bürokratische Organisationen dazu, die "Oberlegenheit des berufsmäßig Wissenden ... noch durch das Mittel der Geheimhaltung ihrer Erkenntnisse und Absichten zu steigern" (WEBER 5.1976, 572). Ganz abgesehen davon, daß die Organisation und die Vernunft komplexer Großbetriebe für den Nichtfachmann per se nicht ohne weiteres erschließbar sind.

Auch dieser letzte Gesichtspunkt dämpft, wie die genannten anderen, die Erwartungen, die man auf die individuelle Patientenaufklärung als das Mittel zur Erhöhung und Durchsetzung von Selbstbestimmungs-, Partizipations- und Kontrollchancen setzen könnte.

Dennoch: Aufklärung begrenzt einerseits und legitimiert andererseits die "Chance" des Arztes, für spezifische Befehle bei diesem Personenkreis Gehorsam zu finden.

Andersherum erhöhen Aufklärungsdefizite sehr deutlich die Chance des Arztes, für weitere, z.B. seinen eigenen Interessen dienende Befehle Gehorsam zu finden, etwa wenn er didaktische oder wissenschaftliche Ziele verfolgt. Sie schützen - unspezifischer - darüber hinaus die imperiale paternalistische Position des Arztes und erhöhen die soziale Distanz zwischen Arzt und Patient. Wie MOORE und TUMIN es gedeutet haben: Eine "strukturelle Funktion des Unwissens" ist im Schutz privilegierter Positionen zu sehen - speziell in der Fachmann-Klient-Beziehung (MOORE and TUMIN 1949, 788/789). Ein Aufklärungsdefizit kann daher als "eine strukturelle Basis hierarchischer ("stratified") Beziehungen zwischen Ärzten und Patienten" verstanden werden (WAITZKIN and STOECKLE 1976, 264). In diesem Sinne ist der Titel des eben zitierten Aufsatzes dieser Autoren zu verstehen: "Information control and the micropolitics of health care".

Abschließend möchte ich auf einige mir wichtig erscheinende, gewöhnlich nicht berücksichtigte Bestimmungen der Aktualität unseres Themas in der Bundesrepublik eingehen:

Diese Aktualität drückt sich aus in einem breiten öffentlichen Interesse für das Problem der Humanität im Krankenhaus allgemein und für das Problem der Aufklärung und Information bei Krankenhauspatienten speziell. In den letzten Jahren haben sich nicht nur Demoskopen (z.B. NOELLE-NEUMANN 1978), Massenmedien (z.B. DER SPIEGEL 19, 1978) und Einzelpersonlichkeiten (z.B. KAUTZKY 1977) mit diesem Thema beschäftigt, sondern auch sog. gesellschaftlich relevante Gruppen wie die Gewerkschaften (cf. ÖTV-Magazin 7/78, 5), die Evangelische Kirche (17. Deutscher Evangelischer Kirchentag in Berlin 1977, Evangelische Akademie Tutzing 1977 und Fachgesellschaften (9. Deutscher Krankenhaustag 1977 in Hannover).

Diese Aktualität gründet z.T. darin, daß sich die Situation des Krankenhauspatienten tatsächlich und besonders wohl nach dem Zweiten Weltkrieg aufgrund der o.g. Bürokratisierungs- und Industrialisierungsprozesses verändert hat. Ohne Zweifel haben diese Veränderungen der Voraussetzungen, der Rahmenbedingungen und Einzelregelungen der klinischen Arbeitsprozesse auch die Situation und das Erleben der Patienten berührt.

Doch diese Veränderungen, die den Patienten zu einem erheblichen Teil auch Sicherheit, Erleichterungen und Entlastungen gebracht haben, können die dokumentierte sorgenvolle Aufmerksamkeit nicht allein erklären.

Es läßt sich m.E. nicht belegen, daß sich die Behandlungs- und Pflegesituation des Krankenhauspatienten seit 1784 oder seit irgendeinem uns näheren Zeitpunkt wesentlich verschlechtert hätte.

Ein verbreitetes Vorurteil, das sich wenigstens in der Tendenz auch bei Krankenhaussoziologen finden läßt (cf. ROHDE 1975, 201; REIMANN 1976, 120/121), geht am Kern des Problems vorbei. Es hat folgende Struktur:

1. Das primäre, eigentliche (d.h. zeitlich erste und der Wichtigkeit nach höchste) Ziel des Krankenhauses sei die Heilung, Pflege und umfassende Betreuung des individuellen Patienten.

2. Zu einem nicht näher bestimmten früheren Zeitpunkt sei der Krankenhausbetrieb zentripetal um dieses Ziel herum organisiert gewesen.
3. Im Laufe der jüngeren oder jüngsten Entwicklung sei dieses eigentliche und primäre Ziel von sekundären, der Komplexität und dem Perfektionismus des Betriebes entwachsenen Zielen überwuchert bzw. an die Peripherie gedrängt worden.

Diese Auffassung ist historisch und soziologisch gesehen unzutreffend. Ich habe zwei Einwände:

Die Krankengeschichte bietet, um noch einmal JETTER anzuführen, "keinerlei Hinweise", daß jemals ein Krankenhaus existiert hat, in dem der Patient allein und ausschließlich um seine selbst willen behandelt wurde. Immer ließen sich die Hospitalgründer von ihren eigenen Zielsetzungen leiten. Soweit am Anfang philanthropische Motive verfolgt wurden, richteten sie sich weniger auf das Wohl jedes einzelnen Patienten, sondern im Vordergrund stand die Versorgung und Erhaltung der Population, der Gesamtheit der Untertanen also, in der Krankheit und Sterblichkeit anteilmäßig verringert werden sollten. Für die Gründung des Wiener Allgemeinen Krankenhauses durch Joseph II ist dies von E. LESKY (LESKY 1976, 29 ff.) detailliert nachgewiesen worden. Das Krankenhaus wurde in anderen Worten als "wirkungsvolle Maßnahme fürstlicher Pöplierungspolitik erkannt" (JETTER 1962a, 2041). Es ist offensichtlich, daß Wohl und Bestand einer Population nur sehr indirekt mit dem individuellen Wohl einiger oder sogar vieler Mitglieder dieser Population verknüpft sind (s.o. S. 43).

Das Krankenhaus war, wie ich hoffentlich habe plausibel machen können, von vornherein eine bürokratische Organisation. Auch eine organisationsinterne Betrachtung stützt nicht die Vermutung, daß es dem Betrieb früher einmal (wann wäre das genau ?) ausschließlich, jedenfalls aber mehr um die Heilung und Linderung des einzelnen Kranken, in unserem heutigen individualisierenden Sinn, gegangen wäre. Im Gegenteil haben wir aus dem 19. und 20. Jahrhundert genug Belege dafür, daß das nicht der Fall war (z.B. WADDINGTON 1973).

Diese Überlegungen nähren den Verdacht, daß unser Thema deshalb an Aktualität gewonnen hat - nicht so sehr, weil es den Patienten heute objektiv schlechter ginge als "früher" -, sondern weil sich die Kluft zwischen Möglichkeiten und Ansprüchen auf eine humane, also patientenzentrierte Medizin und der Wirklichkeit erweitert hat und weil die Empfindlichkeit für und die Angst vor unkontrollierbarer Heteronomie ebenfalls gestiegen sind. Im einzelnen sind an wesentlichen Entwicklungen zu nennen:

1. Das zunehmende fast schon unspezifische "Unbehagen an den Institutionen" (TAUBES 2.1973; s.o. S. 7 f.). In der Bundesrepublik ist es erst Mitte der 60er Jahre dazu gekommen, daß Bürger in und mit Unterstützung der breiten Öffentlichkeit ihre subjektive Perspektive gegen die der Institution entwickelt haben. Erst sei dieser Zeit wird nicht nur dem Krankenhaus die Frage gestellt, wie es mit "Betroffenen" umgeht; wird jene Perspektive eingeklagt, die Anna SEEGHERS mit den Worten umschrieben hat: "Jetzt sind wir hier, was jetzt geschieht, geschieht uns" (s.a. BEGEMANN 1973, 533/534). Wir erblicken darin die konsequente Weiterentwicklung der politischen Aufklärung, des Bedürfnisses nach Selbstbestimmung und Teilhabe, des Anspruches auf Subjektivität und Mündigkeit.
2. Die zunehmende Esoterik des medizinischen Wissens: Heute vergrößert sich, wie gesagt, trotz aller Gesundheitserziehung und Krankheitsaufklärung die Kluft zwischen dem Laien- und dem Fachwissen zunehmend. Damit schwinden rasch die durchschnittlichen Möglichkeiten von Teilhabe und Kontrolle.

Diese Distanz zwischen Patient und Fachwelt erreicht ein Maximum in dem bürokratischen Krankenhausbetrieb, in dem Arbeitserlegung, Arbeitsteilung, Spezialisierung und Technisierung der Behandlungsverfahren am weitesten fortgeschritten sind. Zur Esoterik des medizinischen Wissens kommt die Undurchschaubarkeit und Unverstehbarkeit organisatorischer Regelungen und Verfahren. Auf den wahrscheinlichen Einfluß der zunehmenden Krankenhausbetriebsgröße habe ich hingewiesen (s.o.S. 38).

Während die biomedizinische Technik und Organisation sozusagen ein logarithmisches Wachstum erfahren haben, hat sich die Humanität nur punktuell und in kleinen Schritten entwickelt.

Das gilt ganz sicher für den pädiatrischen, den geburtshilflichen und vor allem den psychiatrischen Bereich - das gilt allerdings kaum für die medizinischen Kernfächer Chirurgie und Innere Medizin. So gesehen ist also die Humanität auf der Strecke geblieben. Auch das läßt die Ansprüche dringender werden.

3. Von größerer Bedeutung scheint mir zu sein, daß die Krankenhäuser jedem von uns bedrohlich näher gerückt sind. Krankenhäuser sind heute aus keiner bürgerlichen Existenz mehr fortzudenken: Fast jedes Leben beginnt im Krankenhaus; 1976 waren es 99 % aller Geburten. Mehr als jedes zweite Leben endet hier (1976 55 % aller Sterbefälle).

Statistisch gesehen wurden 1976 etwa 17 % aller Bundesbürger in einem der 3447 Krankenhäuser behandelt.

Genauer ergab sich in einer Mikro-Zensus-Zusatzerhebung im Mai 1976: In dem "Berichtszeitraum" von 4 Wochen waren etwas mehr als 2 % unserer Mitbürger in einem Krankenhaus stationär behandelt worden.

Auf jeden einzelnen Einwohner entfielen im selben Jahr und in den Jahren vorher zwischen 3,5 und 4 Pfl egetage. Man kann also für ein durchschnittlich langes Leben statistisch damit rechnen, mehr als 200 Tage im Krankenhaus zubringen zu müssen.

Daß diese Zahlen nur Stationen langfristiger Entwicklungen kennzeichnen, belegen die folgenden Daten: In zwei aufeinanderabgestimmten Befragungen in der Bundesrepublik ergab sich, daß 1958 36 % der Befragten, 1970 dagegen nur 26 % angeben konnten, noch nie in einem Krankenhaus gewesen zu sein (NÖLLE und NEUMANN 1974, 29). Auch die Abbildung 6 (besonders Zeile 7) belegt, daß absolut und relativ immer mehr Personen pro Jahr mit dem Krankenhaus als Patienten unmittelbar in Berührung kommen. In die gleiche Richtung weisen die schon erwähnten prozentualen Anteile der Geburten und Sterbefälle, die im Krankenhaus geschehen:

1960 waren es erst 66 % aller Geburten und 44 % aller Todesfälle; 1976 schon 99 % bzw. 55 %.

Abbildung 6: Einige Kennziffern über das Krankenhauswesen
und die zunehmende Inanspruchnahme der
Krankenhäuser in der BRD (1960 - 1976)

	1960	1965	1970	1976	Differenz 1960/1976
1. Einwohner (Mill.)	55.433	59.297	61.001	61.442	+ 11 %
2. Krankenhäuser	3.604	3.639	3.599	3.447	- 4 %
3. Planbetten	583.513	631.447	683.254	726.846	+ 25 %
4. Stationäre Patienten (Mill.)	7.350	8.121	9.338	10.658	+ 45 %
5. Pflegetage (Mill.)	198.6	210.5	220.8	219.6	+ 11 %
6. Krankenzugänge (Mill.)	6.918	7.681	8.859	10.243	+ 48 %
7. Krankenzugänge/ 10.000 Einwbnr.	1.248	1.302	1.461	1.667	+ 34 %
8. Verweildauer (Tage)	28.7	27.4	24.9	21.5	- 25 %

Quelle: Statistisches Bundesamt Wiesbaden. Fachserie 12, Reihe 1.
Ausgewählte Zahlen für das Gesundheitswesen.
Stuttgart (KOHLLHAMMER)

Damit ist die "Chance", in einem Krankenhaus geboren und behandelt zu werden und dort zu sterben, heute größer denn je. Auch dieser Umstand sensibilisiert ohne Zweifel die individuelle und die öffentliche Aufmerksamkeit für die Krankenhausversorgung.

4. Eine wichtige Rolle spielt auch, daß die Möglichkeiten zu einer patientenzentrierten Medizin heute nicht nur theoretisch - wie zu v. WEIZSÄCKER's Zeiten -, sondern auch praktisch, d.h. personell, finanziell und räumlich gegeben und im Modellversuch, etwa in Ulm (KÖHLE u.a. 1976, 1977) realisiert sind. Die Aufmerksamkeit auf die allgemeine Frage der Humanität im Krankenhaus und auf das spezielle Problem der Aufklärung bei Krankenhauspatienten entzündet sich auch an dieser Spannung zwischen Anspruch, Möglichkeit und Wirklichkeit.

Wir hoffen, trotz des eher pessimistischen Resümeees auch über dieses "Gehäuse der Hörigkeit", daß unsere Diskussion der Medizin helfen kann, Grenzen zu finden und Grenzen zu überwinden; beides ist gleich notwendig:

Grenzen zu finden in dem Sinne, daß als Grundlage der ärztlichen Ethik und der Humanisierung der medizinischen Praxis (cf. HOWARD and STRAUSS 1975) die unveräußerlichen Persönlichkeitsrechte des einzelnen Bürgers, also Menschenwürde und Selbstbestimmung, akzeptiert werden;

Grenzen zu überwinden in dem Sinne, daß die Medizin sich dort wirkungsvoller und sparsamer zur Geltung bringen kann, wo sie den Patienten aus der zu einem guten Teil von ihr selbst verschuldeten antitherapeutischen Unmündigkeit entläßt und ihn, wo es immer möglich ist, als aktiven und informierten Partner in ein therapeutisches Bündnis hineinzieht - und sich selbst in ein solches hineinziehen läßt.

II. DIE EMPIRISCHEN BEFUNDE UND IHRE DISKUSSION

Der folgende zweite Hauptabschnitt wird in erster Linie unsere seit 1971 in mehreren Untersuchungen gesammelten Befunde darstellen und kritisch im Lichte der mir zugänglichen deutschen und angloamerikanischen Literatur diskutieren.

Diese Befunde tragen zur Beantwortung mehrerer Fragen bei, die zugleich die Generalthemen der weiteren Kapitel benennen:

1. Welche Informationsbedürfnisse lassen sich bei Akutkrankenhauspatienten feststellen ?
2. Welche Indikatoren eines Informations- und Aufklärungsdefizites lassen sich benennen ?
3. Welche medizinisch bedeutsamen Folgen eines Informations- und Aufklärungsdefizites lassen sich wahrscheinlich machen ?
4. Welche Gründe lassen sich aus medizinsoziologischer Sicht für das festgestellte Informations- und Aufklärungsdefizit nennen ?

Die drei Studien, auf die ich mich hinsichtlich der Patienten- und Arztangaben vor allem beziehe, sind ebenso wie die Erhebungsinstrumente im Anhang beschrieben bzw. wiedergegeben (s.u.S. 224 ff.).

Die Studie I (1971) war ein Pretest an 38 Patienten einer medizinischen Universitätsklinik, die Studie II (1973) eine ausführliche Querschnittsuntersuchung von 235 Patienten mehrerer Baden-Württembergischer Kreiskrankenhäuser, die Studie III (1976) eine u.a. auf drei Interviews gestützte Längsschnittuntersuchung von 88 ausgesuchten Akutkrankenhauspatienten dreier Hessischer Großkrankenhäuser.

Ich werde also vor allem Befragungsergebnisse von etwa 360 Patienten (und 53 Ärzten) darstellen, die wir in 8 verschiedenen Akutkrankenhäusern (incl. zweier Universitätskliniken) und Städten zwischen 1971 und 1976 gewonnen haben. Die Patienteninterviews und die Ärztebefragung wurden auf mehr als 30 Statio-

nen großer internistischer und chirurgischer Abteilungen durchgeführt. Die Patienten wurden nach engen und sich verschärfenden Stichprobenkriterien ausgewählt. Insofern kann von einer Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf "die" Akutkrankenhauspatienten der Bundesrepublik nicht gesprochen werden.

Dennoch scheinen uns die Befunde für die Bundesrepublik angesichts der noch immer unbefriedigenden Literaturlage und Literaturkenntnis sowie des sich nur langsam auffüllenden Datendefizites von einigem Gewicht zu sein.

Erst nach 1970 sind auch bei uns die genannten Fragen auf empirisch abgesichertem Boden diskutiert worden. Zu nennen sind neben unseren eigenen (cf. SIEGRIST u.a. 1974; RASPE 1976b, 1977a, 1978a, b, c) die Studien von ENGELHARDT u.a. 1973; DEMLING und FLÜGEL 1976; v. TROSCHKE und SIEGRIST 1977; HABECK und MÜNSTERMANN 1977; DUBACH und v. RECHENBERGER 1977.

Vorher standen vor allem die deontologischen Grundlagen des Arzt-Patient-Verhältnisses im Krankenhaus und medizinphilosophische Überlegungen, z.B. zur "Sinnstruktur der ärztlichen Handlung", zur Diskussion (cf. RASPE 1976b). Alle diese Beiträge

so gewichtig und wegweisend sie waren, verzichteten fast regelmäßig darauf, zu sagen und an einem systematisch gesammelten Material zu belegen, was tatsächlich der Fall ist - nie aber darauf, aus verschiedensten Wertorientierungen heraus zu entwickeln, was sein sollte. Daß solche Stellungnahmen ganz unterschiedliche, ja widersprüchliche Überlegungen und Forderungen enthalten, ist nicht überraschend.

Überraschender sind die Sicherheit und der Überzeugungswille der Urteile über das, was der Patient angeblich will, was er ist, was er werden soll.

Ärzte haben eine professionelle nicht nur klare Vorstellungen darüber, wie sie die Bedürfnisse und Nöte ihrer Patienten behandeln sollen, sondern sie glauben offenbar auch, "aus Erfahrung" zu wissen, was der Inhalt und der Kern dieser Nöte ist. Besonders Krankenhausärzte haben darüber hinaus die Macht, die Not des Patienten zu definieren und diese Definition, z.B. in einer selektiven Diagnostik und Therapie durchzusetzen.

Daß aus der Sicht des Patienten eigene und fremde Bestimmungen des zu behandelnden Problems nicht identisch zu sein brauchen,

ist wohl ebenso zuzugehen, wie ein Zweifel an der prinzipiellen Überlegenheit der Ärztlichen Definition.

Man kann die patientenzentrierte Medizin sensu ENGELHARDT, unter deren Intentionen ich mich gestellt habe, geradezu als einen Versuch verstehen, diese hier nur angedeutete Definitionsmacht und -wirklichkeit aufzugeben und den Patienten zu Worte, d.h. letztlich zu sich kommen zu lassen.

Um einen Eindruck unserer Problematik (aber auch des gewählten Vorgehens und der erhobenen Daten) zu geben und um die theoretischen Ausführungen v.a. des Abschnittes 4 zu veranschaulichen, möchte ich mit einer Kasuistik beginnen.

Es handelt sich um einen neurologischen Patienten, den wir während seines 15-tägigen Krankenhausaufenthaltes im Rahmen der Studie III mit unseren Untersuchungen begleiteten.

1. Der Fall des Herrn Sch.

Der 54-jährige verheiratete Personalleiter eines Textilbetriebes, Herr Sch., der bisher noch nie in einem Krankenhaus behandelt worden war, bemerkte plötzlich an einem Freitagmorgen unter der Dusche Taubheitsgefühle am linken Oberschenkel. Zuerst dachte er, da sei etwas "eingeschlafen", er habe vielleicht nachts schlecht gelegen; aber als die Parästhesien dann auch im Gesicht auftraten - da "ging dann die Alarmglocke los, hatte die Idee, ich hätte einen Schlaganfall bekommen".

Als er 7 oder 8 Jahre alt gewesen war, ist sein Großvater an dieser Krankheit gestorben.

Er verspürte in dieser Situation ein "existenzbedrohendes Gefühl" und rief sofort, ohne seiner Familie etwas zu sagen, einen Arzt an.

Der Hausarzt schickte ihn umgehend in die neurologische Ambulanz des Krankenhauses. Als er erfuhr, daß er ins Krankenhaus gehen sollte, war sein erster Gedanke: "Jetzt wird's richtig analysiert - weniger Angst eigentlich".

Aber erst am darauffolgenden Montag wurde er dann aufgenommen, offenbar weil der Befund objektiv als nicht gravierend angesehen wurde. Übers Wochenende machte er sich Gedanken über eine gesundheitsbewußte Lebensführung: So nahm er sich vor, das Rauchen

aufzugeben und von einer nebenberuflichen Lehrtätigkeit zurückzutreten.

Am zweiten Aufenthaltstag, am Dienstag, im Interview 1, das wir mit ihm durchführten, konnte er noch nicht sagen, um was für eine Krankheit es sich handelte. Auf die Frage, ob er eine Vorstellung über die vorgesehene Behandlung habe, antwortete er:

"Wenig. Ich weiß nur, daß irgendwelche Dinge mit unaussprechlichen Namen veranstaltet werden, wo ich mich inzwischen anderweitig erkundigt habe. Angiographie, Schädelröntgen. Es gibt ja auch Expertenpatienten."

Über die zu erwartende Dauer des Aufenthaltes hatte er keine genaue Vorstellung. Er hatte nur dem angekündigten diagnostischen Programm "entnommen", daß er länger als gedacht, d.h. über eine Woche, bleiben müsse.

Herr Sch. befürchtete, daß seine Abwesenheit im Betrieb sich negativ für andere auswirken würde:

"Ein armer jüngerer Kollege; der wird seinen Urlaub nicht machen können".

Trennungsprobleme bezüglich seiner Familie verneinte er zu diesem Zeitpunkt.

Auf die Frage nach seinem generellen Informationsbedürfnis antwortete er, daß es für ihn besser sei, über alles Bescheid zu wissen:

"Sonst macht man sich durch eigene Spekulationen noch zusätzlich verrückt. Man muß ja auch unter Umständen disponieren im familiären und beruflichen Bereich".

Diese Einstellung gelte auch für den Fall einer schwereren, lebensbedrohlichen Krankheit.

Sein subjektives Krankheitsverständnis schätzte er selbst am 2. Tag als "schlecht" ein.

Bei diesem Patienten liegt eine im engeren Sinne somatische Belastung offenbar nicht vor; der Patient hatte zwar körperseitige Symptome an sich bemerkt, aber außer einer Druckschmerzhaftigkeit des linken N. supraorbitalis ließ sich kein pathologischer Befund erheben, der auf organische Veränderungen hingewiesen hätte. Parästhesien und Schmerzen sind propriozeptive Afferenzen, die wir hier, da sie allein über Selbstwahrnehmung und Bewertung des bewußtseinsklaren Patienten wirkten, als "psychosoziale

Belastungen" (allerdings somatischen Ursprungs) ansehen müssen.

Durch diese nicht zu objektivierenden Befunde fühlt sich der Patient dennoch "existentiell bedroht". Sein zweifellos starker Affekt ließ ihn alle gewöhnlichen Aktivitäten unterbrechen. Er rief sofort, ohne seiner Familie etwas zu sagen, seinen Hausarzt an. Dieser leitete ihn unverzüglich an das Krankenhaus weiter. Der Gedanke an das Krankenhaus entlastete ihn. Bis hierher scheint alles ganz unkompliziert: Die "Karriere" zum Krankenhauspatienten hat sich folgerichtig entwickelt:

Symptomwahrnehmung, erste Bewertung, Emotionales Reaktionssyndrom, Unterbrechung der gewöhnlichen Aktivitäten, unmittelbare Wendung an den Hausarzt und schließlich Überweisung ans Krankenhaus.

Und doch ist schon angeklungen, wo für diesen Patienten ein Problem lag, das den ganzen weiteren Verlauf mitbestimmen sollte: Denn zugleich mit der Wahrnehmung und Bewertung der Symptome entstanden in dem Emotionalen Reaktionssyndrom hohe Informations- und Sicherungsbedürfnisse. Der Patient war tiefgehend affektiv und kognitiv verunsichert. Er "wußte" für sich, daß er etwas Bedrohliches haben müsse, daß etwas in ihm sei, das aufgeklärt werden müsse - aber er wußte weder, was es war, also die Diagnose, noch was er für die Zukunft erwarten konnte (Prognose). Dazu kam noch die Unklarheit über die Dauer und die Risiken der Hospitalisierung.

Im Interview 2 am 8. Tag gab der Patient an, daß er wenig Zusätzliches erfahren habe:

"Morgen wird die Angiographie gemacht, die Ärzte wissen es noch nicht. Die Befunde, die in der Zwischenzeit gemacht sind, waren alle negativ."

Das, was er bisher weiß, hält er für "nicht ausreichend":

"Glaube nicht, daß es nur an den Umständen liegt, sondern glaube, daß die Ärzte schon mehr wissen als ich."

Das Unerfreulichste an seiner Krankheit sei im Augenblick die "Ungewißheit". Er mache sich weiter Sorgen; er wolle den Arzt nochmal fragen, "aber ich weiß schon, was der sagt: Wir müssen die Angiographie noch abwarten."

Die psychische Unsicherheit und Desorganisation ist also bis zu

diesem Termin nicht geringer geworden; sie hat sich eher noch verstärkt. Dem Patienten fällt die Trennung von Familie und Beruf inzwischen schwerer. Der Interviewer vermerkte ausdrücklich: "Der Patient ist sehr viel deprimierter und resignierter als während des ersten Interviews."

Aus täglichen Befragungen ergab sich zusätzlich, daß der Patient am 11. Tag eine besondere Stimmungskrise durchgemacht hatte. An diesem (und auch am 12.) Tag gab er an, daß er einen Beschwerdegrund gehabt hätte:

"Mich überzeugt das nicht, was der Arzt mir über meine Krankheit gesagt hat. Ich will endlich Gewißheit haben. Mir läßt das keine Ruhe mehr. Ich werde meinen Hausarzt einschalten, um über den als Mittelsmann mehr zu erfahren."

Am 15. Tag, einen Tag vor seiner Entlassung, befragten wir den Patienten ein letztes Mal (Interview 3): Er freut sich, daß es bald nach Hause gehe. Er hat den Entlassungstermin mit Erfolg zu beeinflussen versucht:

"Der Arzt wollte noch vier Infusionen anhängen; da hab' ich gesagt, das ginge ja vielleicht auch anders."

Ober seine Krankheit weiß er unverändert

"nisch! Die Ärzte sagen selber, daß sie nicht wissen, was es ist. Das ist auch angenehm; sie machen einem nichts vor. Ist wohl eine nervliche Sache - jedoch ist die Ursache nicht bekannt."

Über die abgelaufene Diagnostik und Therapie ist er sehr gut informiert; z.T. hat er sich an den Aufschriften der Infusionsflaschen orientiert.

Insgesamt gesehen ist der Patient aber noch unzufrieden mit dem, was er alles in allem über seine Krankheit weiß; vor allem über Art und Ursachen seiner Krankheit würde er gern noch genauer Bescheid wissen, ebenso darüber, wie er sich "draußen bezüglich seiner Krankheit verhalten" sollte und "welche Behandlung weiter nötig sein wird" (vorgegebener Fragetext).

Er vertröstet sich aber jetzt auf den poststationären Kontakt mit dem Hausarzt: von dem werde er, auch über die Krankheitsfolgen und den weiteren Verlauf, weitere Einzelheiten erfahren - "was mir an sich auch lieber ist."

Dieser Hausarzt hatte schon während des Aufenthaltes eine Bedeutung gewonnen: Der Patient hatte ihn nämlich am 13. Tag ange-

rufen und ihn sogar am 14. Tag während eines kurzen Urlaubs persönlich aufgesucht !

Die unsicheren Krankheitsfolgen stehen am Ende "so ein bißchen als drohende Mauer da, aber ich habe ja noch keine Gewißheit." Herr Sch. hat Sorgen, ob er im Beruf noch so belastungsfähig sein wird, wie früher, und er macht sich Gedanken, ob er nicht seine Lebensweise wird umstellen müssen.

Besondere Kritik richtete er auf die täglichen Stationsarztvisiten, indirekt auf das Verhalten der Ärzte. Die Visite ist nach seiner Erfahrung eher eine Situation, in der über den Patienten, aber nicht mit ihm gesprochen werde.

"Die Visite halte ich in der Form, wie sie gemacht wird, für eine antiquierte Sache. Sie hat meiner Ansicht nach dann Sinn, wenn man Studenten etwas demonstrieren will. Das direkte Gespräch kommt viel zu kurz. Für den Patienten selbst ist das keine sehr schöne Sache. Das finde ich zum Teil unmöglich. Die räumlichen Möglichkeiten für Gespräche wären ja da. Aber der alte Zopf wird nicht abgeschnitten. Das Gespräch wäre viel wichtiger als die Visite. Die Ärzte bekommen ja noch nicht einmal die notwendigen Informationen."

Wenn man die 10 auf Tonband mitgeschnittenen Visiten zwischen dem 1. und dem vorletzten Aufenthaltstag abhört und genau betrachtet, dann scheint diese Beurteilung berechtigt zu sein: Die durchschnittliche Visitedauer betrug 2,5 min. (range von 21 sec. bis 4 min. 31 sec.); nur an 2 Tagen machte ein Arzt alleine Visite. Sonst waren es (viermal) 2 und sogar (viermal) 3 Ärzte mit jeweils einer, aber nicht immer derselben Schwester

Um einen Eindruck von den Transaktionen zwischen Patient und Ärzten zu geben, greife ich einige Beispiele heraus: In der Visite am 1. Aufenthaltstag tauchten in der Diskussion unter den Ärzten unvermittelt und unerklärt die Worte "Arteriosklerose" und "Malignom" auf.

Die Angiographie wurde dem Patienten am 3., 4., 5. und 8. Tag zwar immer wieder angekündigt, aber nie richtig erklärt, so daß von der geforderten Selbstbestimmungsaufklärung (s.o.S. 38) kaum die Rede sein konnte. Eine typische Sequenz ist z.B. (vom 4. Tag):

Professor: Wir sollten auf jeden Fall die Gefäßfüllung machen, gell ?

Patient: Ja.

Professor: Auf der rechten Seite ...

Patient: Ja.

Professor: ... wird hier mit 'ner Nadel ...

Patient: Hm.

Professor: ...äh, Kontrastmittel in die, ähm Arterie hineingegeben. Und das läuft dann rauf.

Patient: Hm. Ja.

Professor: Man kann dann, ähm sehen, wie die Hirndurchblutung ist.

Patient: Hm. Es gibt Angenehmeres. Sicher, ja.

Professor: Da sollte man - das ist also nicht so schlimm, das.

Patient: Nee ?

Professor: Luftfüllung ist weniger angenehm. Aber die brauchen wir nicht zu machen.

Patient: Hm.

Professor: (an Stationsarzt) vielleicht ... auch von Aortenbogen gleich mitmachen. Damit man die ab... den Abgang sieht.

Stations-
arzt: Das heißt von der Femoralis aus ? ...

(Daran schließt sich zwischen den drei Ärzten eine lange Fachdiskussion über das zu wählende Vorgehen an)

Am Tage nach der Angiographie machte zufällig der Stationsarzt allein Visite; nach dem Ergebnis befragt, antwortete er:

Stations-
arzt: Soviel ich gehört habe, von Dr. M., ich war gestern bei der Röntgendemonstration nicht dabei, Herr Sch., war alles in Ordnung.

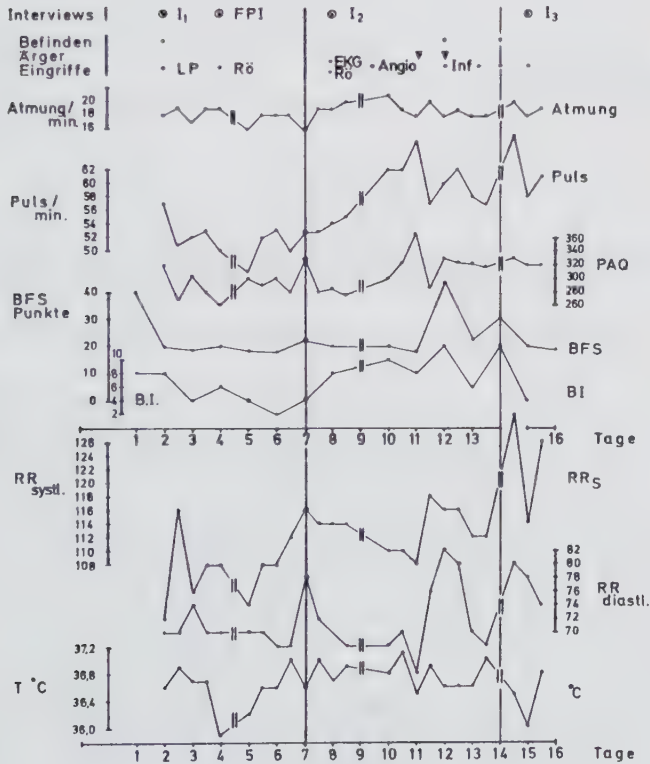
Wenig später stellt sich heraus, daß er auch bei der Angiographie selbst nicht anwesend war. Also konnte er keine klare Auskunft geben, und der Patient hatte wieder keine klare Orientierung.

Diese herausgegriffenen Beispiele, die leicht zu vermehren wären, lassen wohl die gegebene Beurteilung des Patienten als berechtigt erscheinen.

Fassen wir zusammen: Der Aufenthaltsverlauf war, medizinisch gesehen, unauffällig gewesen; eine abschließende Diagnose konnte nicht gestellt werden; allerdings wurden ein Hirntumor und eine Hirnarteriosklerose mit einiger Sicherheit ausgeschlossen. An invasiven diagnostischen Maßnahmen sind eine Lumbalpunktion am 2., sowie eine Carotisangiographie am 9. Aufenthaltstag zu nennen. Diese verursachte dem Patienten erhebliche Druckkopfschmerzen, die mit Rheomacrodex-Infusionen behandelt wurden. An Medikamenten wurden Ronicol und Novodigal (bis zum 12. Tag) verabreicht. Nehmen wir diese somatischen Belastungen zusammen, dann können sie zum Verständnis des angedeuteten Stimmungsverlaufes nur partiell beitragen. Das Hauptproblem des Patienten lag offenbar in der fortbestehenden Unsicherheit über Art und Konsequenzen seiner Erkrankung und in der Unmöglichkeit, mit den Ärzten einen emotional und kognitiv befriedigenden Kontakt herzustellen. Nach den geschilderten Interview- und Zusatzinformationen können wir annehmen, daß die Lage schon vor dem 7. Tag sich verschlechterte, nachdem der Patient am Anfang noch erleichtert und hoffnungsvoll gewesen war und daß sie sich bis zum 11., 12. Tag zuspitzte. Gegen Ende scheint sich der Patient wieder etwas beruhigt zu haben; er hatte aktiv etwas unternommen und richtete seine positiven Erwartungen jetzt auf die poststationäre Phase und auf den Hausarzt.

Dieser aus dem qualitativen Material zu erschließende dreiphasige Verlauf: anfängliche Minderung, wieder zunehmende Verstärkung und schließlich wieder geringfügige Besserung der Beeinträchtigungen läßt sich mit Einschränkungen auch aus dem Verlauf der physiologischen und psychologischen Meßwerte ablesen: Die Abbildung 7 zeigt untereinander die Reaktionskurven für die z.T. zweimal täglich bestimmte Atem- und Pulsfrequenz, den daraus gebildeten Puls-Atem-Quotienten (PAQ), das Ausmaß der Befindlichkeitsstörungen (BFS) und der körperlichen Beschwerden (BI) für den systolischen und diastolischen Blutdruck sowie für die zentrale Körpertemperatur.

Abbildung 7: Der Verlauf einiger psychischer und somatischer Beanspruchungsindikatoren bei einem Patienten



Diagnose: Ausschluß eines cerebralen Tumors

Pat.: 2711, ♂,
54 Jahre

Nach eigenen Untersuchungen an Kur- und Krankenhauspatienten (RASPE 1978b, RASPE und EULENBURG 1977) und nach Kurverlaufsstudien anderer Untersucher (z.B. DIRNAGEL u.a. 1974; HILDEBRANDT und FRANK 1975) ist bei hospitalisierten Patienten durchschnittlich folgender dreiphasiger Reaktionsverlauf zu erwarten: Nach einem schnellen Rückgang der anfänglich ausgeprägten psychovegetativen Störungen in der ersten Woche des Aufenthaltes kommt es zu einer eher stationären mittleren Phase, der dann noch einmal eine geringfügige Besserung am Ende des Aufenthaltes folgt. Das Endergebnis ist also eine in mehreren Stufen erreichte Normalisierung.

Ganz anders ist das Bild bei diesem Patienten: Einem kurzen, 4- bis 6-tätigen Rückgang der anfänglichen psychovegetativen Störung folgt eine Phase einer ausgeprägten Verschlechterung bis zum 11./12. Tag, die sich erst gegen Schluß in einigen Indikatoren wieder bessert (Pulsfrequenz, PAQ, BFS, BI, diastolischer Blutdruck, zentrale Körpertemperatur). Allein die Atemfrequenz verhält sich indifferent.

Der ganze Verlauf ist also atypisch.

Als Ursache anzunehmen ist ein Zusammenwirken der somatischen Belastungen in der zweiten Aufenthaltswoche mit der bleibenden Unsicherheit und den Beziehungsproblemen. Dabei messe ich den beiden letzten Faktoren die größere Bedeutung zu, da der Verlauf sich nicht erst ab dem 9. Tag, dem Tag der Angiographie, sondern schon ab dem 4. bis 6. Tag verschlechterte.

Besonders hervorheben möchte ich noch einmal das Problem der Arzt-Patient-Beziehung in diesem exemplarischen Fall: Der Patient wurde mit einem subjektiv bedrohlichen, objektiv unklaren Krankheitsbild eingewiesen, dessen neurologische Differentialdiagnostik den Hausarzt überforderte. Herr Sch. hatte naturgemäß sehr hohe Erwartungen an die Möglichkeiten der Klinik: "Jetzt wird's richtig analysiert" - und er wurde, weil eine somatische Diagnose auch mit hohem Aufwand nicht zu stellen war, enttäuscht.

Diese auf den ersten Blick schwer vermeidbare Entwicklung brachte nicht nur den Patienten, sondern auch die Ärzte in eine wenig beneidenswerte Lage: Diese hatten nämlich, wie die Verdachtsdiagnosen präapoplektischer Insult und Hirntumor zeigen, die geschilderten Symptome durchaus ernst genommen; sie standen aber

am Schluß nach mehreren Eingriffen mit leeren Händen da. Es ist also verständlich, daß sich die Kontakte zwischen Ärzten und Patienten zunehmend unbefriedigend gestalteten. Häufig ist in solchen Situationen beiderseitiges Mißtrauen die Folge: Der Patient vermutet, daß die Ärzte ihm nicht alles gesagt haben - für die Ärzte wird er dagegen ein Problempatient.

Um die kasuistisch geschaffenen Eindrücke zu erhärten oder, wo es nötig sein wird, zu korrigieren, möchte ich mich jetzt den vier oben gestellten Fragen (s.S. 68) nacheinander widmen. Ich werde jeweils zuerst die eigenen Befunde darstellen und diese dann diskutieren und mit den Angaben anderer Autoren vergleichen.

2. Die Informationsbedürfnisse von Akutkrankenhauspatienten

Eigene Befunde - Diskussion - Literaturübersicht

In den Studien I, II und III stellten wir allen Patienten im Verlaufe des Hauptinterviews die folgende Frage:

"Wie ist das bei Ihnen: Ist es für Sie besser, über das (in Studie I und III: über alles), was mit Ihrer Krankheit zusammenhängt, Bescheid zu wissen, oder ist es besser, wenn Sie möglichst wenig darüber wissen ?"

Die folgende Zusammenstellung zeigt die Ergebnisse:

Abbildung 8: Die allgemeinen Informationsbedürfnisse von Akutkrankenhauspatienten nach 3 eigenen Untersuchungen (N = 361)

"Wie ist das bei Ihnen: Ist es für Sie besser, über alles, was mit Ihrer Krankheit zusammenhängt, Bescheid zu wissen, oder ist es besser, wenn Sie möglichst wenig darüber wissen?"

	1971	1973	1976	total
besser alles	32 84 %	214 91 %	84 96 %	91 %
besser wenig	6 16 %	13 6 %	3 3 %	6 %
w.n., k. A.	- -	8 3 %	1 1 %	3 %
	N = 38	N = 235	N = 88	N _{to} = 361

Vernachlässigen wir einmal die durch die verschiedenen Stichprobenmerkmale, Meßfehler u.ä. bedingten Ergebnisunterschiede der drei Studien, dann ergibt sich als eindeutig zu vertretendes Fazit, daß etwa 9/10 der so befragten Patienten ein hohes allgemeines Informationsbedürfnis für ihre eigene Person äußern.

1976 haben wir durch eine Zusatzfrage versucht, dieses Ergebnis zu überprüfen: Wir haben nachgefragt, ob das geäußerte Informationsbedürfnis "generell, d.h. für alle Krankheiten, die bei Ihnen auftreten können, (gelte), also auch für die schweren, lebensbedrohlichen oder nur für die leichteren, nicht so bedrohlichen Krankheiten ?"

Bei einer Zuordnung der unsicheren Antworten zu der Kategorie des eingeschränkten Geltungsbereiches läßt sich bei weiteren 11 Patienten (13 %) ein eingeschränktes Informationsbedürfnis feststellen. Zusammen machen also 17 % der 88 befragten Patienten Einschränkungen.

Wir können somit davon ausgehen, daß gut 4/5 der Patienten hohe Informationsbedürfnisse sozusagen in die Klinik mitbringen; in Studie III wurden die betreffenden Fragen am 2. Aufenthaltstag im Interview 1 gestellt.

Bei dieser Gelegenheit versuchten wir auch, genaueres über die Inhalte dieses allgemeinen Informationsbedürfnisses dadurch herauszufinden, daß wir den Patienten Karten an die Hand gaben, auf denen sie für 5 inhaltliche Bereiche, nämlich "Name und Art der Krankheit", "Untersuchungen hier im Krankenhaus", "Behandlung meiner Krankheit", "Folgen der Krankheit für mein Leben" und "Dauer des Krankenhausaufenthaltes" jeweils ankreuzen konnten, wie umfassend sie Bescheid wissen wollten: "möglichst vollständig", "im wesentlichen", "möglichst wenig" oder "gar nicht".

Wenn man die Ergebnisse zu den beiden ersten Kategorien zusammenfaßt, ergeben sich kaum Gewichtungsunterschiede: In allen Bereichen wollten 93 % bis 89 % der 88 Befragten wenigstens "im wesentlichen" Bescheid wissen.

Betrachtet man aber allein die "möglichst vollständig"-Antworten, dann zeigt sich folgende deutlichere Rangreihe:

1. Prognose	83 %
2. Diagnose	82 %
3. Diagnostik	80 %
4. Therapie	77 %
5. Aufenthaltsdauer	67 %

Daß Prognose und Diagnose an erster Stelle stehen, überraschte uns nicht. Neu war, daß die Patienten wenigstens am Anfang des Krankenhausaufenthaltes ein deutlich geringeres Interesse an der Therapie und an der möglichen Aufenthaltsdauer zeigten. 22 % genügte es, hierüber "im wesentlichen informiert zu werden".

Diese Interessenhierarchie bildet ein erstes Argument, welches die Vermutung angreift, es handle sich bei dem allgemeinen Informationsbedürfnis der Krankenhauspatienten um eine unspezifische Neugier- und Orientierungsreaktion, die in allen neuen unvertrauten Situationen auftrete. Daß ein allgemeines Informations- und Orientierungsbedürfnis (c.f. "need of vigilance" s.o.S. 50) nach plötzlichen und eingreifenden Veränderungen der In- und Umwelt spontan entsteht, ist wohl im Sinne des Abschnittes I.4 als "natürlich" anzusehen. Falsch wäre aber die Annahme, daß es thematisch unspezifisch, d.h. inhalts- und konturlos sei.

Es läßt sich anfangs, wie gesagt, eine inhaltliche Relevanzhierarchie ausmachen, die sich im Laufe des Aufenthaltes offenbar intraindividuell verändert.

Eine entsprechende Rangreihe hat nämlich bei denselben Patienten aus der Studie III am Ende des Krankenhausaufenthaltes ein anderes Aussehen: Allerdings wurden aus sachlichen Gründen ein Item (Aufenthaltsdauer) fortgelassen, drei neue hinzugenommen ("wie Sie sich draußen bezüglich Ihrer Krankheit verhalten müssen", "welche Behandlung weiter nötig sein wird", "Ursache der Krankheit"), und zwei frühere zu einem zusammengezogen (Therapie und Untersuchungen hier im Krankenhaus). Die entsprechende Einleitungsfrage lautete: "Über welche Bereiche ... würden Sie gerne noch genauer Bescheid wissen ?":

Das wollten über:

1. Krankheitsursachen	52 %
2. Prognose	51 %
3. Poststationäre Therapie	48 %
4. Poststationäres Verhalten	46 %
5. Krankenhausbehandlung	37 %
6. Diagnose	36 %

Die Prozentsätze sind insgesamt gesehen deutlich niedriger als am Anfang des Krankenhausaufenthaltes. Immer noch ist die Prognose ein sehr wichtiges Thema. Die Art der Krankheit, die Diagnose also, ist dagegen relativ uninteressant geworden; ebenso die abgelaufene Diagnostik und Therapie; dafür haben sich

poststationäre Probleme und die Frage nach der Ätiologie der Erkrankung in den Vordergrund geschoben.

Diese Befunde stützen die oben referierte Annahme von LAZARUS und von JANIS und LEVENTHAL über den "objektbezogenen", "reflektiven" Charakter des Emotionalen Reaktionssyndroms.

Gegen die These der Unspezifität gibt es noch ein weiteres Argument: Die vielfältigen und subjektiv bestimmten Begründungen eines hohen allgemeinen Informationsbedürfnisses.

Wenn man nachfragt: "Warum ist es für Sie wichtig, so genau Bescheid zu wissen ?", dann ergeben sich vor allem 3 Begründungen

- a) das Bedürfnis nach psychischer Sicherheit und Beruhigung bzw. nach Abwehr von Spekulationen und Grübeleien:

"Ich würde lieber Bescheid. Man lebt nicht so im Ungewissen, als wenn man nichts weiß. Man fängt dann an zu grübeln und stellt sich sämtliche Krankheiten vor."

Etwas Bestimmtes zu wissen, auch wenn es bedrohlich sein sollte, ist besser als eine fortbestehende Unsicherheit - anders gesagt: Furcht ist in den Augen dieser Patienten der Angst vorzuziehen.

- b) Das Bedürfnis nach pragmatischer Orientierung. Man will sich auf die Krankheit einstellen, man will richtig mit ihr umgehen, man will die nötigen Veränderungen vorausbedenken und planen können. Sigmund FREUD hat dies sehr anschaulich als "Probehandeln im Denken" beschrieben.

Dieses Vorausbedenken kann verschiedene Grade von Konkretheit annehmen. Eine eher allgemeine Äußerung ist:

"Möchte wissen, was auf mich zukommt, womit ich mich bevorzugt befassen muß."

Etwas bestimmter klingt schon:

"Weil ich mich dann richtig verhalten kann und krankheitsverschlimmerndes Verhalten vermeiden kann."

Ganz zielgerichtet sind die folgenden Äußerungen:

"Man muß sich danach einrichten, z.B. mit der Diät. Mich interessieren die Zuckerwerte, daß ich Essen und Trinken darauf einstellen kann" - "damit ich weiß, ob ich weiterarbeite oder ob ich umschulen muß".

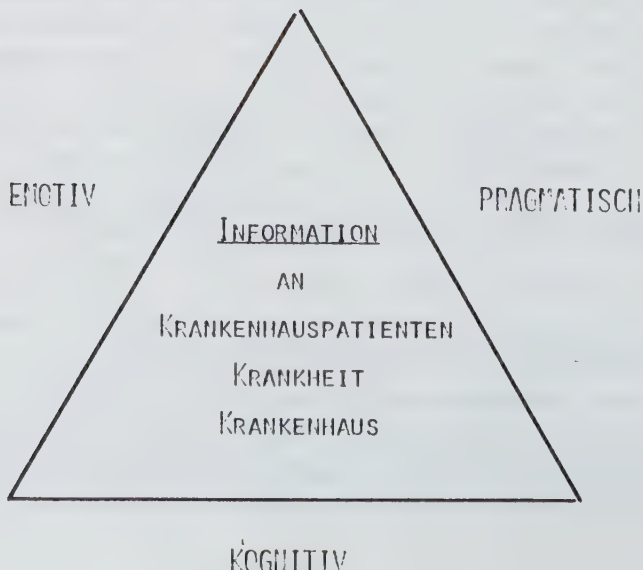
Die im einzelnen anstehenden Probleme sind sehr verschieden; gleich ist aber die Begründung des hohen Informationsbedürfnisses: Es resultiert aus der subjektiven Notwendigkeit zur praktischen Bewältigung der Krankheit und ihrer Folgen.

- c) Für eine dritte Patientengruppe ist das Krankheitswissen einfach eine Selbstverständlichkeit, die kaum weiter legitimiert werden kann. Manche dieser Patienten bringen es mit dem Grundrecht auf Selbstbestimmung in Zusammenhang: Typische Kommentare sind:

"Meine, daß ich mit meinem Körper tun und lassen will. Ich kann den Dingen genauer in die Augen sehen." - "Ich will eben immer Bescheid wissen, was mich betrifft" - "Ist ja schließlich mein Körper; ich will wissen, was damit angestellt wird." - "Ich will einfach wissen, was los ist."

Es erweist sich in diesen Antworten, daß Aufklärung und Information für Krankenhauspatienten - analytisch unterschieden - drei Bedeutungen haben: Eine kognitiv-orientierende, eine pragmatisch-leitende und eine emotiv-sichernde. Die folgende Abbildung versucht das zu verdeutlichen:

Abbildung 9: Die drei Bedeutungen von Aufklärung und Information für Krankenhauspatienten
DIE DREI BEDEUTUNGEN DER INFORMATION



Daß diese drei Bedeutungen untereinander funktional verbunden sind, ist oben bereits behandelt worden. Daß sie zusammen in einer Antwort genannt werden können, haben wir in der Kasuistik des Herrn Sch. sehen können (s.o.S. 70): Er sagte, daß er besser über alles Bescheid wüßte, denn:

"Sonst macht man sich durch eigene Spekulationen noch zusätzlich verrückt. Man muß ja auch unter Umständen disponieren im familiären und beruflichen Bereich."

Dennoch wird von verschiedenen Patienten, je nach ihrer Situation, spontan die eine oder andere Bedeutung in den Vordergrund gerückt.

Die Prozentanteile für die verschiedenen Begründungsweisen sind in Studie II und III wieder etwas unterschiedlich: In Studie II betrug der Anteil derjenigen, die als Begründung spontan das Bedürfnis nach psychischer Sicherheit und Beruhigung qua Klarheit angaben, etwa 15 %. Etwa die Hälfte äußerte Informationsbedürfnisse aus Gründen der pragmatischen Orientierung; ein Drittel entfielen auf die letzte Kategorie. In Studie III betrug die entsprechenden Anteile 20 % zu 40 % zu 40 %. Eine plausible Erklärung für diese m.E. nicht gewichtigen Unterschiede ist wieder in der unterschiedlichen Zusammensetzung der beiden Stichproben zu sehen. Je größer der Prozentsatz unklarer Diagnosen, je leichter Schweregrad und Prognose der Krankheiten und je vager noch die Krankheitsfolgen, umso stärker werden die Kategorien 1 und 3 besetzt sein. Auch hierin drückt sich die Situationsspezifität der Informationsbedürfnisse aus.

Wie gesagt, muß der Kliniker also damit rechnen, daß 4/5 seiner Patienten hohe und bestimmte Informationsbedürfnisse mitbringen. Auf der anderen Seite wird aber 1/5 der Patienten möglichst wenig oder wenigstens nicht alles genau wissen wollen. Diese Patienten scheinen nach dem Alltagsrezept: "Was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß" zu verfahren. Jedenfalls wurde dieses von einer Patientin in Studie II spontan zitiert. Für diese Patienten sind es - konträr zu den bisher beschriebenen - Wahrheit und Gewißheit, die zum Grübeln und zum Sich-Verrückt-Machen führen können.

Praktisch bedeutsam ist die Frage, ob es äußerliche Orientierungs

merkmale dafür gibt, zu welcher der beiden Gruppen ein Patient gehört.

In den Studien II und III fand sich kein Anhalt dafür, daß ins Auge fallende biologische oder demographische Merkmale der Patienten mit dem Ausmaß des Informationsbedürfnisses in Zusammenhang stehen. Weder Alter, Geschlecht oder Prognose und Schweregrad der Erkrankung, noch der Familienstand, der berufliche Status, die Art der Schulbildung, die Qualität der Berufsausbildung oder die Wohnortgröße kovariierten mit den Informationsbedürfnissen.

In Studie III zeigte sich darüber hinaus kein systematischer Zusammenhang mit den 12 Persönlichkeitsmerkmalen, die das Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FAHRENBURG u.a. 3.1978) zu erfassen erlaubt - mit einer Ausnahme: die kleine Gruppe der sich in ihren Informationsbedürfnissen einschränkenden Patienten schildert sich häufiger (58 % vs. 22 %) als zurückhaltend ($p < 0.05$).

Aus den bisher genannten Merkmalen lassen sich also kaum differentialdiagnostische Merkmale dazu ableiten, zu welcher Gruppe ein Patient gehört: zu denen, die von vornherein nichts wissen wollen oder zu denen, die etwas wissen wollen, dies aber nicht sofort zu erkennen geben; solche Patienten sind häufig:

Wir haben vor allem in Studie II Anhaltspunkte dafür gefunden, daß ein großer Teil der Patienten noch ungestellte Fragen mit sich herumträgt:

In Studie II antworteten nur 31 % von 235 Patienten mit einem klaren "JA" auf die Frage:

"Und hat der Doktor mit Ihnen über den weiteren Verlauf Ihrer Krankheit gesprochen?"

123 antworteten mit "Nein", sagten jedoch, daß sie möchten, "daß darüber gesprochen wird" (52 %). Nur 14 % aller Patienten wollten ein solches Gespräch auch für die Zukunft nicht.

In gleicher Weise fragten wir nach einer Aussprache über poststationäre Probleme in Beruf und Familie: Hier äußerten 41 %, daß es noch nicht zu einem solchen Gespräch gekommen wäre, daß sie es aber gerne möchten.

Für beide Themenbereiche zeigten sich also hohe und spezifische Informationsbedürfnisse der Patienten, die dennoch (bisher ?)

nicht zu eigenen Gesprächsinitiativen geführt hatten. Für die eigene Scheu, sich dem Arzt gegenüber zu artikulieren, wurden z.T. groteske Gründe genannt: Eine Patientin sagte z.B.: "Ich möchte gerne, aber der Doktor hat Schweigepflicht mir gegenüber".

Einige Patienten hatten das Empfinden, die Ärzte hätten schon genug zu tun; einige vermißten ein Interesse und ein Entgegenkommen der Ärzte oder glaubten, daß diese "aus Rücksicht" auf die Patienten doch nichts sagen würden. Massive Kritik wurde nur selten geäußert.

Während also 96 % der befragten Patienten uns sagten, daß es für sie besser sei, über das, was mit der Krankheit zusammenhänge, Bescheid zu wissen, ließen zum selben Zeitpunkt ca. die Hälfte unbefriedigte und vor allem dem Arzt gegenüber nicht geäußerte Informationsbedürfnisse erkennen. Daraus folgt, daß man (intrapersonische) Informationsbedürfnisse nicht streng genug von ihrer (interpersonellen) Artikulation wird trennen können. Ein Informationsbedürfnis für sich zu haben (und es einem externen Untersucher zu offenbaren), ist eine andere Sache, als es dem Arzt gegenüber zu artikulieren und womöglich darauf zu bestehen.

Auf die Gründe für diese Differenz werde ich noch einmal genauer eingehen - jedenfalls soweit sie im Verhalten und in den Einstellungen des medizinischen Personals sowie in situativen Bedingungen zu suchen sind (s.u.S. 150). Auf einige Gegebenheiten, die die soziale und die psychische Situation des Patienten betreffen, ist oben schon hingewiesen worden (s.o.S. 59).

Gegen diese Determinanten der Artikulationsscheu der Patienten treten ihre häufig herangezogenen individual-psychischen Voraussetzungen deutlich in den Hintergrund.

Einen zuverlässigen Anhaltspunkt dafür, ob ein Patient etwas wissen möchte oder nicht, wird man kaum auch aus den eigenen Projektionen gewinnen können. Es hat nach den (quantitativ allerdings nicht ausreichenden) Ergebnissen der Studie I den Anschein, als bestände eine Differenz zwischen Informationsbedürfnissen eines "Patienten in seiner Krankheit" und den Informationsbedürfnissen aller anderen beteiligten Personen. Das wird noch

genauer zu diskutieren sein.

Es gibt zunächst folgenden Anhaltspunkt: Wenn man Krankenhauspatienten danach fragt, ob "es für einen Patienten (d.h. also im allgemeinen !) besser (sei), alles zu erfahren, was mit seiner Krankheit zusammenhängt ?", ergibt sich ein Hinweis auf eine solche Differenz. Während mehr als 4/5 der Patienten für sich selbst hohe Informationsbedürfnisse äußerten, taten das nur noch 22 von 38 Befragten, d.h. gut 50 % bei dieser allgemeinen Frage. Auf andere bezogen ist also ein geringerer Prozentsatz sicher, daß Offenheit und Wahrheit "besser" sind. Der an sich naheliegende Schluß vom eigenen Willen und Vermögen auf das Willen und Vermögen der anderen wird offenbar nicht vollzogen.

Das könnte natürlich auch daran liegen, daß man für sich selbst nicht so sicher ist, wie man es behauptet. Wie weit diese Alternativerklärung trägt, werden wir unter Berücksichtigung der Literatur noch sehen.

Fassen wir zusammen:

Wir haben bei gut 4/5 der untersuchten Krankenhauspatienten uneingeschränkt hohe und nach Inhalt und subjektiver Begründung bestimmte Informationsbedürfnisse gefunden; weniger als 20 % der Befragten zogen es vor, "möglichst wenig" über ihre Krankheit zu wissen bzw. schränken den Geltungsbereich ihrer zuerst gemachten Aussage ein.

Es ergaben sich Anhaltspunkte dafür, daß Patienten sich aus vielen Gründen scheuen, diese Informationsbedürfnisse frei zu äußern. Der Wunsch, etwas zu erfahren, muß von seiner Artikulation dem Krankenhausarzt gegenüber unterschieden werden.

Die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht, der Familienstand, die Wohnortgröße, Alter, Geschlecht, Prognose und Schweregrad der Erkrankung sowie Persönlichkeitsmerkmale kovariierten mit keiner der beiden Größen.

Überraschend und bedeutsam scheint uns der Befund zu sein, daß etwa 1/4 der in Studie I (N = 38) befragten Patienten bei hohen eigenen Informationsbedürfnissen unsicher darüber war, ob man Patienten im allgemeinen, d.h. also anderen Patienten, die ganze Wahrheit eröffnen sollte,

Soweit wir aus der uns bekannten und zugänglichen Literatur sehen können, bestätigen fast alle Untersuchungen aus der Bundesrepublik, den USA und Großbritannien unseren Befund: Gut 4/5 der Krankenhauspatienten äußern, wenn man sie ausdrücklich danach fragt, hohe und uneingeschränkte, thematisch bestimmte und subjektiv begründete Informationsbedürfnisse.

Die Abbildung 10 gibt eine Übersicht über 12 Studien an 15 Stichproben mit insgesamt mehr als 4.000 Patienten. Der (ungewichtete) Mittelwert des Prozentsatzes der Patienten mit hohen Informationsbedürfnissen liegt bei 80 %. Diese Zahl wird inzwischen auch von Klinikern des deutschsprachigen Raumes zustimmend zitiert (MEERWEIN u.a. 1976, 289; HARTMANN 1976). Die Schätzung von HABECK u.a. "daß etwa 50 bis 60 % der Kranken bei infauster Prognose eine vollständige Aufklärung verlangen" (HABECK u.a. 1977, 864) scheint angesichts der amerikanischen Studien an Karzinompatienten eher niedrig zu sein. Sie wird allerdings durch eine neue Untersuchung von McINTOSH 1977) bestätigt:

Er fand bei einer einjährigen teilnehmenden Beobachtung auf einer Krebsstation eines schottischen Lehrkrankenhauses, daß nur etwa die Hälfte der infrage kommenden Patienten (N = 65) ihre Diagnose wissen wollten, wobei die Dringlichkeit der Informationsbedürfnisse noch variierte. Der Wunsch, die Prognose genau zu erfahren, bestand sogar bei nur 14 % der Patienten. Der Autor faßt seine Ergebnisse folgendermaßen zusammen:

"Während die große Mehrheit der Patienten entweder wußte oder vermutete, daß sie Krebs hätte (ca. 90 %), wollte doch nur eine Minderheit ihr Wissen durch eine Bestätigung ihrer Diagnose oder durch eine Klärung ihrer Prognose vermehren" (McINTOSH 1977, 490).

Aus der Bundesrepublik ist mir eine Angabe bekannt, die auf ein noch beträchtlich niedrigeres Informationsbedürfnis hinzuweisen scheint. R. HESS teilte 1975 mit, daß von dem Wunsch "so wenig wie nur möglich über Ursachen und Folgen des eigenen Leidens zu erfahren, nach einer von Neurologen und Psychologen in Erlangen durchgeführten einjährigen Testreihe bei Patienten einer großen chirurgischen Klinik, von 122 befragten auch heute noch immerhin 79 Patienten getragen" seien (also 65 %) (HESS 1975, 2120).

Abbildung 10: Informationsbedürfnisse von Krankenhauspatienten
aus 15 Stichproben

Land	Autoren	Jahr	N	Ergebnisse
BRD	DEMLING und FLÜGEL	1975	243	92 % wollten denkbar ausführlich oder über wesentliche Risiken der Therapie/Diagnostik aufgeklärt werden
				62 % wollten ungeschminkte Wahrheit auch bei bösartigen Erkrankungen; es wollten nur 3 % keine Aufklärung
	RASPE	1976	235	91 % saften es sei besser, Bescheid zu wissen
	RASPE	1977	88	82 % zeigten uneingeschränkte hohe Informationsbedürfnisse
	HABECK, ENGEL und MÖNSTERMANN	1977	566	98 % haben Interesse an Ergebnis fachärztlicher Konsiliar- untersuchungen 75 % wollten Ursache einer Krankheit vom Arzt erklärt bekommen
GB	AITKEN-SWAN und EASSON	1959	231	66 % (Ca-Patienten) stimmten rückblickend der Aufklärung zu
	CARTWRIGHT	1964	675	75 % wollten möglichst viel wissen
	PALMER	1965	167	75 % wollten möglichst viel wissen
USA	KELLY and FRIESEN	1950	100	89 % zumeist informierte Ca-Patienten zogen es vor, die Diagnose zu wissen
		1950	100	82 % wollten es wissen, wenn sie Krebs hätten
		1950	740	99 % waren für Aufklärung
	READER, PRATT and MUDD	1957	50	66 % wollten Art und Ernsthaftigkeit der Krankheit wissen
	SAMP and CURRERI	1957	560	87 % Ca-Patienten sprachen sich für Aufklärung aus
	GILBERTSEN and WÄNGENSTEEN	1962	298	82 % "geheilte" Ca-Patienten waren für Aufklärung

Es gibt nach eigenen Erfahrungen und Kenntnis der aufgeführten Literatur wenig Anlaß, sich auf diese Angabe zu verlassen. Es scheint mir vernünftig, davon auszugehen, daß bei etwa 4/5 der Patienten, ob sie nun leicht oder schwer erkrankt sind oder eine bedrohliche Krankheit befürchten müssen, uneingeschränkt hohe, subjektiv begründete und thematisch bestimmte Informationsbedürfnisse zu erwarten sind.

Dieses Ergebnis ist eine starke Stütze für den Teil der theoretischen Diskussion, der anhand adaptationspsychologischer Literatur die kognitiven Veränderungen im Emotionalen Reaktionssyndrom (c.f. "need of vigilance") beschrieben hat.

Über die Inhalte dieser Informationsbedürfnisse sind uns keine systematischen Studien bekannt. In der Untersuchung von HABECK u.a. stellte sich heraus, daß bei den Krankenhauspatienten die Ursachen der Beschwerden, die Heilungsaussichten und die Wirkung der verordneten Medikamente im Vordergrund des Interesses standen: die medizinische Fachbezeichnung der Krankheit wollten nur ca. 37 % vom Arzt mitgeteilt bekommen (HABECK u.a. 1977, Detailtabellen).

READER u.a. (READER u.a. 1957, 90 ff.) SKIPPER (SKIPPER 1965, 65/66) und CARTWRIGHT (CARTWRIGHT 1964, 75-77) zählen verschiedene Bereiche auf, an denen ihre Patienten Interesse gezeigt haben: An Name und Art der Krankheit, an der Symptombedeutung, an Ernsthaftigkeit und Verlauf sowie den Krankheitsfolgen, an der Ätiologie, an den Behandlungsindikationen, -maßnahmen, -zielen und -terminen, an technischen Einzelheiten und den Ergebnissen. Sie geben jedoch keine Gewichtung bzw. Rangreihe der Themen und können, da sie wie HABECK im Querschnitt untersucht haben, wie dieser auch keine Angaben zur Verschiebung der Interessenschwerpunkte in der Zeit machen. Dabei ist die Frage der zeitlich gebundenen Hierarchisierung der inhaltlichen Interessen nicht nur von hohem theoretischen, sondern auch von klinisch-praktischem Interesse.

Häufiger als zu dem eben behandelten Problem finden sich in der Literatur Äußerungen zu den subjektiven "Begründungen" für die Informationsbedürfnisse aus Sicht der Patienten.

DEMLING und FLÜGEL befragten die 250 von ihnen untersuchten Krankenhauspatienten unter anderem auch über die vermutete subjektive Wirkung einer Aufklärung "über mögliche Gefahren ärztlicher Maßnahmen": 88 % der 243 Patienten entschieden sich für die folgende (von 2) Antworten: "Wenn ich vor der ... Behandlung über deren Gefahren Bescheid weiß, bin ich viel ruhiger und habe weniger Angst...". Und diejenigen 62 %, die im Falle einer unheilbaren (bösartigen) Erkrankung "die volle, ungeschminkte Wahrheit" wissen wollten, gaben hauptsächlich an, daß sie "immer die Wahrheit wissen" (58 %) oder daß sie die "persönlichen Angelegenheiten in Ordnung bringen" wollten (34 %) (DEMLING und FLÜGEL 1975, 1588).

In der Untersuchung von GILBERTSEN und WANGENSTEEN sahen von 298 "geheilten" Ca-Patienten 67 % einen Vorteil der Aufklärung darin, daß sie ihre Krankheit besser verstünden ("understanding illness") und 66 % darin, daß sie seelisch ruhiger würden ("making for peace of mind"); jeweils 1/4 der Befragten sahen dazu einen Gewinn in der Möglichkeit zur Planung der eigenen Zukunft, der Zukunft der Familie und der finanziellen Dinge (GILBERTSEN and WANGENSTEEN 1972, 85).

Viele der von SAMP und CURRERI befragten 560 Patienten äußerten spontan, daß prognostisches Wissen "das Geheimnis des Seelenfriedens" darstelle ("a secret of peace of mind"), gleichgültig, ob die Situation gut oder schlecht sei (SAMP and CURRERI 1957, 384).

Auch bei SKIPPER (SKIPPER 1965, 62 ff.), SKIPPER u.a. (SKIPPER u.a. 1964, 101 ff.) und TAGLIACOZZO und MAUKSCH (TAGLIACOZZO and MAUKSCH 1972), die offenbar alle über dieselbe Untersuchung an 86 Patienten berichten, finden sich die drei von mir genannten Hauptbegründungen: Auch diese Patienten wiesen spontan auf die kognitiv-orientierende, die affektiv-sichernde und die pragmatisch-leitende Wirkung der Information hin.

Bei diesen Autoren kommt noch ein weiteres Patientenmotiv zum Ausdruck, das wir schon in der Darstellung der eigenen Befunde haben anklingen lassen: Es geht vielen Patienten um die Selbstbestimmung bzw. um eine eigene Kontrolle über die Situation. Zuwachs an Wissen bedeutet für diese Patienten Zuwachs an Macht; der Schlüssel zu diesem - gerade soziologisch wichtigen Feld (s.o.S. 61) - liegt in dem bereits zitierten, pointierten

Satz: "What you don't know has power of you" (MASLOW 1963, 116).

Allerdings ist nicht zu übersehen, daß die Karzinompatienten, die McINTOSH untersuchte, sich zu einem großen Teil anders verhielten: Diese Patienten wollten offenbar die Wahrheit nicht genau wissen und/oder machten keine Anstrengungen, durch Fragen oder auf anderen Wegen die befürchtete Wahrheit zu erhärten: Ihnen lag im Gegenteil daran, eine "optimistische Konzeption ihres Zustandes" zu bekommen und sich bestätigen zu lassen (McINTOSH 1977, 98 ff.) - Wie weit diese Befunde zu verallgemeinern sind, ist angesichts der anderen zitierten Studien eine offene Frage. Daß sie ernst zu nehmen sind, steht - trotz einer etwas undurchsichtigen Erhebungstechnik und trotz einer relativ geringen Fallzahl - außer Diskussion.

Weiterführende Überlegungen

Abschließend sind noch zwei Probleme zu behandeln:

Zum einen die o.g. Unterscheidung von (intrapyschischen) Informationsbedürfnissen und ihrer (intersubjektiven) Artikulation und zweitens die erwähnte Differenz zwischen den Informationsbedürfnissen eines "Patienten in seiner Krankheit" und denen anderer, durch die Krankheit nicht betroffener aber doch beteiligter Personen.

ad 1:

Es gehört zum Alltagswissen jedes Arztes und jeder Schwester, daß Patienten viele Fragen, sogar solche, die sie sich vorher sorgfältig zurechtgelegt, ja aufgeschrieben haben, in der Vis-à-vis-Situation (z.B. in der Visite) nicht stellen (können). Man wird also, wenn man beide Handlungselemente, die Vorbereitung und das Schweigen gleich ernst nimmt, ohne weiteres zugestehen können, daß Informationsbedürfnisse und Äußerung dieser Informationsbedürfnisse zwei Dinge sind.

Auch dafür finden sich in der Literatur Hinweise: Schon READER u.a. sprachen davon, daß bei ihren 50 Patienten "ein gewisses Ausmaß eines latenten Interesses, zu Informationen zu gelangen",

festzustellen war. Die empirische Evidenz ist leider nicht sehr überzeugend (READER u.a. 1957, 90/92). SPIEGEL und DEMONE fanden bei mehr als einem Drittel ihrer 108 Patienten, daß diese Fragen hatten, von denen sie selbst im Nachhinein wünschten, sie hätten sie tatsächlich gestellt. Diese betrafen vor allem die Diagnose und die zukünftige Lebensweise (SPIEGEL and DEMONE 1968, 216).

Barbara KORSCH und Mitarbeiterinnen machen sehr viel höhere Zahlenangaben; sie stützten sich auf 800 ambulante pädiatrische Konsultationen: Die Mütter der Patienten hatten 65 % ihrer (den Interviewern gegenüber gezeigten) Erwartungen dem Arzt gegenüber nicht geäußert. Und sogar nur 24 % ihrer Hauptsorgen wurden während der Konsultation von ihnen erwähnt. In dieser Untersuchung klingt auch an, daß es Patienten mit höherer Schulbildung leichter haben, sich dem Arzt gegenüber zu artikulieren, und daß der Arzt umgekehrt auf solche Patienten eher eingeht (KORSCH u.a. 1968, 862).

Dafür finden sich auch bei CARTWRIGHT (CARTWRIGHT 1964) und PALMER (PALMER 1966) einige Belege: Das entsprechende Stichwort heißt bei der ersten Autorin: "Die Schüchternheit der Patienten" ("diffidence"): Während 75 % ihrer über 700 Patienten "so viel wie möglich" wissen wollten, erhielten doch nur 45 % die Information dadurch, daß sie hauptsächlich von sich aus mit Fragen initiativ wurden. Das Ausmaß dieser Aktivitäten variierte deutlich mit dem Alter und der Schichtzugehörigkeit der Patienten. Je niedriger der soziale Status und je älter die Patienten, umso geringer wurde der Anteil derjenigen, die hauptsächlich von sich aus aktiv geworden waren (CARTWRIGHT 1964, 77-82, Tab. 11,12,13). Ganze 10 % der Patienten waren "konsistent passiv": Sie wollten wenig wissen, fragten auch nicht und gaben schließlich keine Informationsprobleme zu erkennen (CARTWRIGHT 1964, 83).

PALMER's Befunde über 167 Patienten bestätigen diese Angaben: Es läßt sich seiner Tabelle 4 entnehmen, daß nur gut die Hälfte derjenigen Patienten mit hohen Informationsbedürfnissen die Frage: "Fragten Sie von sich aus oder gaben Ihnen Ärzte und Schwestern aus eigenem Antrieb Informationen ?" mit "mainly asked" beantworteten. Damit wurden etwa 40 % der Gesamtstichprobe trotz hoher Informationsbedürfnisse nicht von sich aus aktiv; und es

ist nicht davon auszugehen, daß alle diese Patienten keine Informationsprobleme gehabt hätten. Im Gegenteil: Den höchsten Anteil an Unzufriedenen (46 %) fand PALMER gerade in dieser Gruppe. Auch bei ihm zeigte sich wieder eine gleiche Abhängigkeit des Ausmaßes der (nicht sehr glücklich bestimmten) "Artikulation" von Alter und Schichtzugehörigkeit der Patienten (PALMER 1966, 198).

Ganz deutlich werden diese Zusammenhänge noch einmal in Ergebnissen, die erst kürzlich veröffentlicht wurden. Sie basieren auf 1.368 Interviews mit Müttern, deren Kinder 5 bis 6 Wochen zuvor aus einem walisischen Krankenhaus entlassen worden waren (EARTHROWL and STACEY 1977). 53 % der Mütter berichteten, daß der Fall ihres Kindes und die Therapie nicht mit ihnen diskutiert worden wären, obwohl 56 % bzw. 57 % dieser Mütter solche Gespräche gewünscht bzw. begrüßt hätten. Auch in dieser Studie zeigte sich keine Schichtabhängigkeit der Informationsbedürfnisse, wohl aber eine der Frageaktivität der Patienten, d.h. der Äußerung dieser Bedürfnisse dem Arzt gegenüber. Darüber hinaus war für Unterschichtangehörige ("manual workers") die Wahrscheinlichkeit geringer, von den Ärzten ohne eigenes Zutun Informationen zu bekommen und mit beidem auch ihre Zufriedenheit über die erhaltenen Informationen.

Es zeigt sich also alles in allem eine deutliche Differenz zwischen den latenten Informationsbedürfnissen und ihrer Artikulation im Krankenhaus. Es scheint nach den zuletzt zitierten drei Studien angemessen, davon auszugehen, daß knapp die Hälfte der Patienten, die möglichst alles oder so viel wie möglich wissen wollen, dies den Ärzten gegenüber nicht zum Ausdruck bringen.

Von 100 Patienten wollen etwa 15 definitiv/wissen, 30 bis 40 wollen viel wissen und sagen es nicht, und vielleicht 50 wollen etwas wissen und bringen es auch dem Arzt gegenüber zum Ausdruck. Nach eigenen Erfahrungen scheinen diese Schätzungen eher optimistisch zu sein (cf. KORSCH u.a. 1968), aber Abschließendes läßt sich im Augenblick nicht sicher sagen.

Sicher ist jedoch, daß der größte Teil derjenigen, die sich nicht artikulieren, in die Gruppe jener Patienten gehört, die "so viel

wie möglich wissen wollen". Besonders bei alten Patienten und bei denen, deren soziale Distanz zum Arzt groß ist, kann man sich nicht an das halten, was an der Oberfläche zu sehen ist.

ad 2:

Einen ausdrücklichen Hinweis auf die o.g. Differenz zwischen dem, was der Patient für sich selbst und dem, was er und auch andere für (andere) schwerkranke Patienten für richtig halten, fand sich bei GILBERTSEN und WANGENSTEEN (GILBERTSEN and WANGENSTEEN 1962, 85): "Die meisten der befragten Patienten sahen im Wissen der Diagnose einen fest umrissenen Vorteil; und die meisten empfahlen, Krebspatienten über die Art ihrer Krankheit aufzuklären. Während die Mehrheit der Antworten entweder ein Ja oder Nein ergaben, antworteten einige derjenigen, die einen Vorteil darin sahen, ihre eigene Diagnose zu wissen, unbestimmt auf die Frage, ob andere aufgeklärt werden sollten. Manchmal gaben diese Patienten den Kommentar, daß andere nicht fähig sein könnten, es hinzunehmen ("to take it").

Quantitative Angaben finden sich bei KELLY und FRIESEN (KELLY and FRIESEN 1950): Während 89 % der Befragten für sich selbst hohe Informationsbedürfnisse reklamieren, waren doch nur 73 % bereit, solche auch anderen Patienten zuzugestehen.

Unsere o.g. Vermutung wollen wir zu der überprüfbaren Hypothese ausweiten, daß der Prozentsatz derjenigen, die sich für eine vollständige Aufklärung aussprechen, und der für sich selbst sprechenden Patienten am größten ist, und daß er mit zunehmender biographischer und sozialer Distanz zu einem Patienten in seiner Krankheit abnimmt.

Die folgende Übersicht ist unter dieser Fragestellung aus der Literatur und aus eigenen Befunden zusammengestellt worden. Die angegebenen Prozentzahlen beziehen sich immer auf diejenigen, die sich für eine umfassende Aufklärung ausgesprochen haben.

Abbildung 11: Aufklärungswünsche und -intentionen bei infauster Krankheitsprognose

ÜBERSICHT: AUFKLÄRUNGSWUNSCH UND -INTENTIONEN BEI INFAUSTER KRANKHEITSPROGNOSE
(Näheres siehe Text)

1	2	3	4	5	6	7	8	9
Patient für sich selbst	Patient als "Angehöriger" für sich	Angehörige für sich selber	Patient für andere Patienten	Patient als "Angehöriger eines Pat." für diesen	Angehörige für Patienten	Pflegersonen für Patienten	Medizinstudenten für Patienten	Ärzte für Patienten
83 %	77 %	73 %	58 %	49 %	24 %	45 %	32 %	13 %
N = 88	566	621	38	566	669	119	233	53
Studie III	Haack 1977 Detailtabellen	Cartwright 1973, 168	Studie I	Haack 1977 Detailtabellen	Cartwright 1973, 168	Studie II	Studie IV	Studie IV III

Wir können der Übersicht folgende (vorläufige) Ergebnisse entnehmen:

1. Der höchste Anteil derjenigen, die vollständig aufgeklärt werden wollen, findet sich unter den Patienten, die für sich selber sprechen (Spalte 1).
2. Für sich selbst sprechende Personen wollen für sich mehr wissen, als sie anderen zuzubilligen bereit sind. Das gilt für Patienten und Angehörige in gleicher Weise; besonders deutlich offenbar für die Letztgenannten (cf. Spalten 1 vs. 4; 3 vs. 6).
3. Patientenbefragungen erbringen einen höheren Anteil an Aufklärungsempfehlungen als entsprechende Angehörigenbefragungen (cf. Spalten 2 vs. 3; 5 vs. 6). Die beiden unter 2 und 3 ge-

nannten Ergebnisse sprechen für die Wirksamkeit einer "biographischen Distanz".

4. Mit zunehmender sozialer Distanz zum Patienten sinkt unter den Medizinalpersonen die Neigung, die Patienten "eher vollständig" über ihre Prognose aufzuklären (cf. Spalten 7 - 9).

Diese vorläufigen Befunde lassen vermuten, daß sowohl eine biographische Distanz - ich bin jetzt selbst nicht krank bzw. ich bin jetzt nicht involviert - als auch eine soziale Distanz wirksam sind. Allerdings ist die Datenbasis zu unsicher, um dieses Ergebnis anders als in Hypothesenform zu formulieren. Sicher ist nur der Befund in Spalte 1: Ausgeprägte aber oft latente Informationsbedürfnisse finden sich bei mehr als vier Fünftel aller Akutkrankenhauspatienten. Dieser Anteil wird in keiner anderen Gruppe erreicht.

Die Ergebnisse in Spalten 2 und 5 beruhen auf einer Fragebogenaktion unter etwa 950 Patienten, von denen nur die aufgeführten 566 (gleich 60 %) geantwortet haben. Verteiler und Sammelstelle der Fragebögen waren zudem die Stationsärzte selbst. Darüber hinaus ist die Patientengruppe inhomogen: Sie wurde in sechs Krankenhäusern zusammengestellt; diese Substichproben unterscheiden sich nach Sozialmerkmalen und Befragungsergebnissen nicht unerheblich.

Die CARTWRIGHT'schen Zahlen (Spalten 3 und 6) sind dadurch getrübt, daß die Anteile der unsicheren Antworten bei 10 % bzw. 31 % für Spalte 6 lagen. Die Probleme der Spalten 4 und 9 liegen auf der Hand: Die Fallzahlen sind zu klein.

Zusammengenommen erlauben die Befunde also eine interessante Hypothese - sie geben noch keine Sicherheit: Hier und heute krank zu sein, schafft offenbar eine ganz besondere Situation, in die nach rückwärts oder von außen sich hineinzudenken, nicht gut möglich zu sein scheint.

Als praktische Konsequenz ergeben sich aus der äußerlich nicht erschließbaren Latenz vieler Informationsbedürfnisse und aus der geschilderten Differenz zwischen den Informationsbedürfnissen

eines Patienten in seiner Krankheit und denen aller anderen Personen , daß man den Patienten zu Worte kommen lassen muß, wenn man wirklich seine Wünsche als handlungsleitende Größe anerkennen will.

An oberflächliche biologische oder demographische Merkmale wird man sich ebenso wenig halten können, wie an eine intuitive Psychodiagnostik oder an die eigenen Vorstellungen über das, was ein anderer wissen wollte (oder sollte).

An dieser Stelle möchte ich, bevor ich zu den Indikatoren eines Aufklärungs- und Informationsdefizits komme, einen Verdacht behandeln, der unseren Daten gegenüber geäußert worden ist. Es ist gefragt worden, ob die Antworten der Patienten, z.B. zu ihren Informationsbedürfnissen (s.S.79 und 82), ihnen nicht unbewußt oder bewußt - durch die gewählten Frageformulierungen, durch die Befragungssituation oder durch das Untersuchungsverhalten nahegelegt worden wären. Dieser Verdacht verweist auf ein bekanntes methodisches bzw. methodologisches Problem, das der "Verzerrungen im Interview" (ATTESLANDER und KNEUBÖHLER 1975).

Ich kann diese gewichtige Frage hier nicht befriedigend diskutieren. Man mußte dem geäußerten Verdacht für jedes Einzelitem und jede Einzelfrage gesondert nachgehen - auf dem Boden einer noch nicht abschließend formulierten "Fehlertheorie der Befragung".

Grundsätzlich kann aber gesagt werden, daß der Verdacht der Suggestion bzw. der Artefaktbildung nicht von der Hand zu weisen und vor allem bei Einstellungs-, Bedürfnis-, Wunsch- und Zufriedenheitsfragen nicht gänzlich auszuräumen ist. Es gibt jedoch aus unseren eigenen Ergebnissen einige Hinweise, die seinen Geltungsbereich einschränken. Ich wähle das Beispiel der genannten Fragen zu allgemeinen und den thematisch bestimmten Informationsbedürfnissen:

1. 20 % der Patienten haben sich offenbar im ersten, ca. 50 % bis 65 % im zweiten Fall der vermuteten Suggestion entziehen können. Die Fragen weisen also eine gewisse "Trennschärfe" auf.

2. Auf Seite 82 ist ein Gefälle der Anteile der zustimmenden Antworten von 52 % bis zu 36 % zu sehen. Auch das spricht entschieden für eine Differenzierungsfähigkeit der einzelnen Patienten in der Befragungssituation.
3. Die Suggestibilität und die Tendenz, im Sinne der sozialen Erwünschtheit zu antworten, sollte mit Merkmalen der Primärpersönlichkeit, auch mit solchen, die das Freiburger Persönlichkeits-Inventar zu erheben erlaubt, korrelieren. Wir haben mit einer Ausnahme (s.S. 86) keine überzufälligen Zusammenhänge sichern können.
4. Wie sich noch zeigen wird, bestehen zwischen verschiedenen Antworten der Patienten bedeutsame und vernünftig zu interpretierende interne Beziehungen, und es bestehen kohärente Beziehungen zwischen mehreren Indikatoren eines subjektiven Informationsdefizites einerseits und dem Ausmaß von Befindlichkeitsstörungen andererseits - obwohl die Indikatorfragen aufgrund unterschiedlicher Formulierungen jeweils andere Grade von Suggestivität aufweisen sollten.
5. Die angegebenen Prozentsätze lassen sich, soweit Angaben überhaupt zur Verfügung stehen, in der Literatur befriedigend absichern. Es ist nicht plausibel, daß unterschiedliche Patientenkollektive in unterschiedlichen Staaten und zu unterschiedlichen Zeiten im Endeffekt gleichwirkenden "Verführungen" unterschiedlicher Untersucher und Instrumente erlegen sein sollen.

Diese Gesichtspunkte räumen den Artefaktverdacht nicht gänzlich aus - sie engen aber seinen Geltungsbereich so deutlich ein, daß man die erhaltenen Patientenantworten - cum grano salis - als gute Schätzung der tatsächlichen subjektiven Bedürfnisse und Wünsche wird akzeptieren und erst nehmen müssen.

3. Das Informations- und Aufklärungsdefizit

Die hier zusammengetragenen und diskutierten Indikatoren eines Informations- und Aufklärungsdefizites gewinnen besonderes Gewicht auf dem Hintergrund der bisher dargestellten normativen Forderungen an das ärztliche Gespräch, also der rechtlichen und der ärztlich-ethischen Vorschriften sowie der soeben geschilderten Patientenwünsche. Denn auch diese letzten sind als ein normatives Element zu betrachten, selbst wenn es nur selten zu offenen patientenseitigen Sanktionen dann kommt, wenn ein Arzt die Informationsbedürfnisse seiner Patienten unerfüllt läßt.

Diese Defizitindikatoren haben vor allem einen beschreibenden Sinn. Zu einem späteren Zeitpunkt werden weitere Differenzierungen zu machen sein, z.B. nach der Ätiologie (iatrogen/patientenseitig), nach der zeitlichen Dynamik (primär/sekundär) oder nach Art und Umfang (qualitativ/quantitativ) des jeweiligen Defizites.

Alle im folgenden genannten Defizitindikatoren waren direkt zu erfassen in dem Sinne, daß sie dem Untersucher vor allem durch Fragen direkt zugänglich waren; sie lassen sich deskriptiv-statistisch als Prozentanteile in der untersuchten Stichprobe ausdrücken und nehmen als unausgesprochenen Maßstab des Defizites einen in den ärztlichen Verhaltensnormen angezielten Idealzustand, in dem (annähernd) alle Patienten umfassend und zu ihrer Zufriedenheit aufgeklärt wären.

Die hier zu besprechenden direkten - rein subjektiven oder wenigstens ansatzweise zu objektivierenden - Indikatoren eines Informations- und Aufklärungsdefizites bei den von uns untersuchten Patienten sind:

1. Das Ausmaß der Informationsbedürfnisse im Verlauf und am Ende des Aufenthaltes;
2. die Kritik der Patienten an Aufklärung und Information (s.u.S.104);
3. die Erinnerung an bestimmte, die Therapie, den Krankheitsverlauf, die Prognose usf. betreffenden Gespräche mit dem Arzt (s.u.S.110);

4. die Ausnutzung selbstentwickelter alternativer Strategien, sich als Krankenhauspatient Informationen zu beschaffen (s.u.S.113) und
5. das subjektive und das faktische Krankheits- und Behandlungswissen (s.u.S. 114).

Ich werde in diesem Abschnitt die mir bekannte Literatur unmittelbar in jeden Punkt einarbeiten, da ein nachträgliches Referieren die Übersichtlichkeit und die Lesbarkeit beeinträchtigen würde.

Daß selbst Ärzte nicht von einem Aufklärungsmangel verschont sind, zeigen die Erlebnisse des Arztes und Medizinhistorikers H.E. SIGERIST, bei dem Anfang der 30er Jahre unseres Jahrhunderts in den USA eine Hypertonie festgestellt worden war:

"Ich bemerkte, daß die meisten amerikanischen Kollegen, die ich konsultierte, dazu neigten, sich auszuschweigen. Wenn sie den Blutdruck maßen und ich sie nach dem Ergebnis fragte, gaben sie eine vage, ausweichende Antwort, die entweder wie eine dunkle Drohung oder wie ein oberflächlicher Scherz klang. Ich verbrachte einmal zwei Wochen zu einer allgemeinen Untersuchung in einem berühmten Krankenhaus, und es wurden zahllose Untersuchungen an mir angestellt. Man erlaubte mir niemals, mein Krankenblatt zu sehen, noch sagte man mir jemals, wie hoch mein Blutdruck sei, und welche Ergebnisse die Augen- und anderen Untersuchungen gehabt hätten, sondern ich bekam nur ganz allgemeine Antworten und nicht die Zahlen und Tatsachen, die ich wissen wollte. Natürlich fand ich Mittel und Wege, um mein Krankenblatt heimlich in die Hand zu bekommen, Aber ich war sehr verstimmt über die Heimlichtuerei meiner Kollegen Das Ergebnis dieser Geheimnistuerei war, daß ich für eine Reihe von Jahren keinen Arzt mehr aufsuchte" (SIGERIST 1953, 25/26)."

Daß die durchschnittlichen Verhältnisse für Patienten bis auf den heutigen Tag nur wenig anders sind, belegen die folgenden Ergebnisse:

Eigene Befunde, Diskussion, Literaturübersicht

ad 1: Das Ausmaß der Informationsbedürfnisse im Verlauf und am Ende des Aufenthaltes:

Wie beschrieben bringen 83 % aller untersuchten Patienten hohe

und nach Inhalt und Begründung bestimmte Informationsbedürfnisse ins Krankenhaus mit. Auf die Hierarchie der Themen und ihre Umschichtung im Verlauf wurde bereits hingewiesen (s.o. S.81 ff.). An dieser Stelle ist noch anzufügen, daß 54 % der Patienten (Studie III) im Interview 1 für alle 5 vorgelegten Themenbereiche (Diagnose, Diagnostik, Therapie, Prognose, Aufenthaltsdauer) übereinstimmend angekreuzt hatten, daß sie "möglichst vollständig" Bescheid wissen wollten.

Fragt man die Patienten am 7. Aufenthaltstag (Interview 2), ob sie "gerne noch mehr über die Ursachen und Folgen (ihrer) Krankheit wissen" möchten, antworteten noch 73 % (N = 73) mit "Ja".

Im Abschlußinterview derselben Studie (Interview 3) haben wir die verbliebenen Patienten gefragt: "Über welche Bereiche, die ich Ihnen gleich nennen möchte, würden Sie gern noch genauer Bescheid wissen?"

Über die Ergebnisse bezüglich der 6 Einzelitems wurde auf S. 82 das Notwendige gesagt. Faßt man die Einzelantworten jedes Patienten zusammen, dann ergibt sich, daß von N = 59 etwa 1/4 über keinen der genannten Bereiche noch genauer Bescheid wissen wollte. D.h. diese Patienten hatten im Spiegel der vorgegebenen Themen keine Informationsbedürfnisse mehr. Fünf-, vier- und dreimal mit "Nein" antworteten ein weiteres Drittel der Patienten. Dagegen wollten 42 % in 4, 5 oder sogar allen 6 Bereichen noch genauer Bescheid wissen.

Durch die Unterschiedlichkeit der angesprochenen Themen, der Frageformulierungen und -techniken ist eine Vergleichbarkeit nicht in dem Maße gegeben, daß wir die in den drei Interviews erhaltenen Zahlen (83 %, 73 %, 42 %) einfach hintereinanderstellen dürften. Dennoch beleuchtet die letzte Zahl, daß bei einer eindrucksvollen Abnahme noch etwa 2/5 der Patienten am Ende des Aufenthaltes umfangreiche, anscheinend unerfüllte Informationsbedürfnisse mit nach Hause nehmen.

Zu dem ersten und dem zweiten Befragungstermin gaben 2/3 der Patienten hohe Informationsbedürfnisse an. Konkordant an allen 3 Terminen waren es mehr als 1/3 (N = 54). Bei diesen letzten 20 Patienten kam es also zu keiner Veränderung im Verlaufe des Aufenthaltes.

Es finden sich einige Patienten (7 von 54), bei denen ein Informationsbedürfnis im Krankenhaus (wieder) neu erwachte.

Auch das ist in der klinischen Praxis zu berücksichtigen, daß sich die Verhältnisse bei Patienten, die anfangs nichts oder wenig wissen sollen, ändern können.

Unter unseren Patienten waren nur 3 von 54 zeitlich konsistent uninteressiert an einer Aufklärung, d.h.: Sie wollten zu keinem Befragungszeitpunkt etwas wissen (cf. CARTWRIGHT 1964; s.o. S. 81 f.).

Ähnlich differenzierte Untersuchungen sind uns von anderen Autoren nicht bekannt. Insofern erübrigt sich an diesem Punkt eine Literaturübersicht. Auf das Problem der relativ geringen und im Lauf der Zeit abnehmenden Fallzahl wurde indirekt schon hingewiesen. Eine Kontrollstudie an einer größeren Stichprobe erscheint dringend wünschenswert.

Als Ergebnis können wir zusammenfassen, daß sich die Informationsbedürfnisse unserer Patienten im Verlauf des Aufenthaltes nicht so abbauen, wie wir es bei einer vollständigen und gelingenden Aufklärung erwarten würden. Etwa 2/5 der Patienten nehmen noch ungestellte oder unbeantwortete Fragen mit nach Hause.

ad 2: Die Kritik an Aufklärung und Information. Die Zufriedenheit der Patienten.

In Studie 3 fragten wir die Patienten (N = 67) in der Mitte des Aufenthaltes:

"Halten Sie das, was Ihnen heute bekannt ist, für ausreichend oder nicht?"

Mit "Nein" antworteten 35, das sind 52 %.

Der Anteil der Unzufriedenen sinkt kurz vor Abschluß des Krankenhausaufenthaltes auf 25 % (Studie III, Interview 3, N = 67, "Sind Sie zufrieden mit dem, was Sie heute im ganzen über Ihre Krankheit wissen?").

Bei der Durchsicht aller Zusatzkommentare in den Interviews und bei der qualitativen Auswertung der täglichen Befragungsergebnisse ergab sich, daß etwa die Hälfte dieser Patienten zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Aufenthaltes handfeste und plastische Detailkritik über die ihrer Meinung nach zu geringe oder unbefriede-

divende Aufklärung durch die Ärzte äußerten.

In der früheren Querschnittuntersuchung von 235 Patienten hatten wir direkt gefragt: "Haben Sie den Eindruck, daß der Doktor Ihnen genug über Ihren Krankheitszustand erzählt?". 66 % antworteten damals mit "Ja", 28 % mit "Nein"; der Rest gab keine Antwort.

Vergleichen wir diese Prozentanteile mit denen der Klagen über mögliche betrieblich bedingte Beeinträchtigungen (Wartezeiten, Wartezeiten, Sanitäre Einrichtungen, Intimitätsverlust; siehe Abbildung 12), dann sehen wir, daß Qualität und Umfang der Aufklärung von einem relativ großen Teil der Patienten kritisch beurteilt wird. Der höchste in Studie II erreichte Prozentsatz an Kritik betrug 33 % und betraf die frühen Wartezeiten (Genaueres bei SIEGRIST u.a. 1974, 164 ff.).

Abbildung 12: Betrieblich bedingte Störungen im Krankenhaus
im Spiegel der Patientenklagen

Störungen im Krankenhaus nach den Patientenangaben

(Studie II)

Von den Patienten empfanden	als störend	nicht störend	nicht zutreffend	N (100 %)
die frühen Wartezeiten	33 %	64 %	3 %	235
die langen Wartezeiten in Röntgen und Diagnostik	13 %	25 %	62 %	235
die sanitären Einrichtungen	26 %	47 %	27 %	233
daß man in Anwesenheit Dritter über persönliche Dinge sprechen soll	23 %	60 %	17 %	228

Andere Autoren haben ebenfalls die Kommunikationszufriedenheit der Patienten während und/oder nach Abschluß des Krankenhaus-aufenthaltes untersucht. Wie die britische Literaturübersicht von LEY und Mitarbeitern (LEY u.a. 1976, LEY 1976) zeigt, schwanken die Prozentsätze der Unzufriedenen in sieben Studien zwischen 11 % und 65 %. In der für dieses Land repräsentativen Studie von Ann CARTWRIGHT (CARTWRIGHT 1964) klagten, wenn man - wie die Autoren - die Antworten auf verschiedene Fragen aufaddiert, sogar 61 % über Informations- und Kommunikationsprobleme. In einer späteren Untersuchung (CARTWRIGHT 1968) von etwa 300 Patienten dreier Krankenhäuser ergab sich ein mittlerer Prozentsatz von 46 % unzufriedener Patientinnen, die gerne mehr Informationen oder genauere Erklärungen gehabt hätten. In neuen Studien in 68 Allgemeinkrankenhäusern Großbritanniens wurde einer großen Zahl von Patienten am Ende oder kurz nach Abschluß des Aufenthaltes die Frage vorgelegt, ob ihnen "genug über Ihre Krankheit und Ihre Behandlung gesagt worden" wäre. Nur 14 % (Median über alle 68 Krankenhäuser) der Patienten antworteten mit "Nein".^{bei} Dieser Wert wurde sowohl bei den zwischen 1967 bis 1970 als auch den zwischen 1971 - 1974 befragten Patienten erhoben (RAPHAEL 3.1977, 24-27, 31).

Es ist erstaunlich, daß dieser geringe Anteil nicht einmal in früheren Studien erreicht wurde, in denen sich die Ärzte vor der Befragung besondere Mühe mit der Aufklärung ihrer Patienten gegeben hatten (cf. HUGH-JONES u.a. 1964; SPELMAN u.a. 1966); in der zuerst genannten Untersuchung waren 37 % unzufrieden; in der zweiten waren es 54 %.

Alle diese Zahlen belegen einmal, daß sich immer ein ernstzunehmender Teil der Patienten unzufrieden über die ärztliche Aufklärung äußert. CARTWRIGHT (CARTWRIGHT 1964, 75) faßt ihre Ergebnisse zusammen: "Die Patienten äußern über die Schwierigkeit, Informationen zu erhalten, mehr Kritik als über irgendeinen anderen Aspekt ihrer Krankenhausbehandlung".

Daß Informationsprobleme besonders kritisch bewertet werden und in ihrem Belastungscharakter der Bedrohung durch die Krankheit subjektiv nicht viel nachstehen und vor möglichen organisatorischen Problemen rangieren, zeigt auch eine durch Patienten

gebildete Rangreihe über 49 einzeln vorgegebene Belastungen durch Krankheit und Hospitalisierung (VOLICER u.a. 1975, 1977). Diese "Hospital Stress Rating Scale" gibt einem möglichen Informationsdefizit ein herausragendes Gewicht. Die betreffenden 7 Items des Faktors "Informationsdefizit" nehmen die hohen Rangplätze 19, 25, 29, 37, 41, 43 und 44 aus den 49 möglichen ein (cf. SKIPPER u.a. 1964, SKIPPER 1965).

Abbildung 13: Einzelbelastungen und Belastungsfaktoren in der Folge einer Hospitalisierung (aus VOLICER u.a.1977a)

Factor	Stress Scale Events	Assigned Rank	Mean Rank Score
1. Unfamiliarity of surroundings	Having strangers sleep in the same room with you	01	13.9
	Having to sleep in a strange bed	03	15.9
	Having strange machines around	05	16.8
	Being awakened in the night by the nurses	06	16.9
	Being aware of unusual smells around you	11	19.4
	Being in a room that is too cold or too hot	16	21.7
	Having to eat cold or tasteless food	21	23.2
2. Loss of independence	Being cared for by an unfamiliar doctor	23	23.4
	Having to eat at different times than you usually do	02	15.4
	Having to wear a hospital gown	04	16.0
	Having to be assisted with bathing	07	17.0
	Not being able to get newspapers, radio or TV when you want them	08	17.7
	Having a roommate who has too many visitors	09	18.1
	Having to stay in bed or the same room all day	10	19.1
	Having to be assisted with a bedpan	13	21.5
	Not having your call light answered	35	27.3
	Being fed through tubes	39	29.2
3. Separation from spouse	Thinking you may lose your sight	49	40.6
	Worrying about your spouse being away from you	20	22.7
	Missing your spouse	38	28.4
4. Financial problems	Thinking about losing income because of your illness	27	25.9
	Not having enough insurance to pay for your hospitalization	36	27.4
5. Isolation from other people	Having a roommate who is seriously ill or cannot talk with you	12	21.2
	Having a roommate who is unfriendly	14	21.6
	Not having friends visit you	15	21.7
	Not being able to call family or friends on the phone	22	23.3
	Having the staff be so too much of a hurry	26	24.5
	Thinking you might lose your hearing	45	34.5
6. Lack of information	Thinking you might have pain because of surgery or test procedures	19	22.4
	Not knowing when to expect things will be done to you	25	24.2
	Having nurses or doctors talk too fast or use words you can't understand	29	26.4
	Not having your questions answered by the staff	37	27.6
	Not knowing the results or reasons for your treatments	41	31.9
	Not knowing for sure what illnesses you have	43	34.0
	Not being told what your diagnosis is	44	34.1
7. Threat of severe illness	Thinking your appearance might be changed after your hospitalization	17	22.1
	Being put in the hospital because of an accident	24	26.9
	Knowing you have to have an operation	32	26.9
	Having a sudden hospitalization you weren't planning to have	34	27.2
	Knowing you have a serious illness	46	34.6
	Thinking you might lose a kidney or some other organ	47	35.6
	Thinking you might have cancer	48	39.2
8. Separation from family	Being in the hospital during holidays or special family occasions	18	22.3
	Not having family visit you	31	26.5
	Being hospitalized faraway from home	33	27.1
9. Problems with medications	Having medications cause you discomfort	28	26.0
	Feeling you are getting dependent on medications	30	26.4
	Not getting relief from pain medications	40	31.2
	Not getting pain medication when you need it	42	32.4

Die wechselnden und z.T. sehr unterschiedlichen Zahlen belegen aber auch, daß die Erhebung der Informationszufriedenheit der Patienten ein methodisch schwieriges Unterfangen ist. Das gilt in mehrfacher Hinsicht:

- a) Es ist mit erheblichen "spontanen" Veränderungen der Zufriedenheitsraten zu rechnen, wenn man auch nur in einem Abstand von einem Jahr in ein und demselben Krankenhaus zweimal untersucht (CARTWRIGHT 1968). Die oben zitierten zeitstabilen Befunde von RAPHAEL sprechen (anders als die von LEY u.a. 1976 mitgeteilten) nicht unbedingt gegen diese Feststellung, denn es kann sein, daß Veränderungen auf der Ebene einzelner Stationen bzw. Krankenhäuser auf der hier allein mitgeteilten Aggregatebene verdeckt sind.
- b) Interventionsstudien, in denen die Patientenaufklärung direkt in Gesprächen oder indirekt über die Beeinflussung des Personals gefördert wurde, haben nicht immer die angezielten Erfolge gezeigt (cf. HUGH-JONES u.a. 1964; SPELMAN u.a. 1966; CARTWRIGHT 1968 - dagegen LEY u.a. 1976).
- c) Nach LEY (LEY 1976) ist es wahrscheinlich, daß die jeweilige Zahl der Verweigerer (je geringer diese ist, umso höher ist der Anteil von Unzufriedenen) und vor allem, daß der Zeitpunkt des Interviews die Zufriedenheitsraten beeinflussen. Es ergab sich als wichtiger Befund, daß Patienten sich in der ersten und achten Woche nach der Entlassung eher unzufrieden äußern als in der Zeit dazwischen. Dabei scheinen Zufriedenheitsveränderungen mit Stimmungsveränderung - jedenfalls in der Gesamtgruppe - verbunden zu sein.
- d) Auch SPELMAN u.a. machen es wahrscheinlich, daß psychische Probleme der Patienten mit den Zufriedenheitsangaben interferieren. Sich depressiv schildernde Patienten waren deutlich unzufriedener als die "nicht-depressiven" (SPELMAN u.a. 1966).

Wir haben gefunden, daß es vor allem die aggressiven und die emotional labilen Patienten waren, die sich am Ende des Aufenthaltes noch unzufrieden äußerten.

Das Bild ist also nicht sonderlich klar; außer der Tatsache, daß es immer einen erheblichen im Verlauf des Aufenthaltes abnehmende

Anteil von Unzufriedenen gibt, scheint wenig gesichert zu sein - auch nicht, ob das Alter der Patienten einen Einfluß hat (eigene Befunde; SPELMAN u.a. 1966; RAPHAEL 3.1977 vs. LEY u.a. 1976, die eine Altersabhängigkeit gefunden haben).

Etwas verwirrend ist, daß sich in aller Regel etwa 3/4 der von verschiedenen Autoren befragten Patienten über den Krankenhaus-aufenthalt und die Arzt-Patient-Beziehung gleichzeitig global zufrieden äußern: Von den 300 von CARTWRIGHT 1968 befragten Patienten sagten 90 %, daß sie im ganzen mit der Krankenhausbehandlung zufrieden seien; dabei gaben 46 % gleichzeitig an, daß sie gerne mehr Informationen und ausführlichere Erklärungen bekommen hätten (CARTWRIGHT 1968). Ähnliche Ergebnisse erbrachten die früheren Untersuchungen von CARTWRIGHT und von PALMER (CARTWRIGHT 1964; PALMER 1966), in denen 71 % bzw. 70 % der Befragten sich global zufrieden äußerten. KORSCH u.a. fanden bei ambulanten Patienten trotz eines erheblichen Ausmaßes an fokussierter Kritik in 76 % wenigstens eine mäßige allgemeine Zufriedenheit (KORSCH u.a. 1968, 859).

Auch in der DDR ist diese Diskrepanz zwischen hoher allgemeiner Zufriedenheit und z.T. scharfer Detailkritik, nämlich der "deutliche(n) Unzufriedenheit darüber, daß dem Patienten zu wenig erklärt, daß mit ihm zu wenig gesprochen wird" (KURELLA 1976, 1240), aufgefallen. Sie wird dort zurückgeführt auf einen Vertrauenskredit, auf das Verständnis und die Dankbarkeit der Patienten.

Es entsteht der Eindruck, daß einzelne herausgehobene globale Fragen das Ausmaß von Detailproblemen und Detailkritik zu gering einschätzen lassen würden. Solche allgemeinen Fragen stellen offenbar eine wenig valide Beurteilungsgrundlage für ein detailliert nachzuweisendes Informations- und Aufklärungsdefizit dar; und es ist also fraglich, ob "der zufriedene Patient" ein Kriterium für die Güte der Betreuung abgibt (cf. HULKA u.a. 1970; HOUSTON and PASANEN 1972; LEROW 1974; LOCKER and DUNT 1978).

Natürlich ist es wichtig zu wissen, daß etwa 3/4 der Patienten insgesamt "zufrieden" sind und daß die Zufriedenheit offenbar in der Gruppe am größten ist, der der Arzt von sich aus etwas gesagt hat (siehe dazu SKREBOVA 1971, zit. nach HARYCH 1976, 1235;

CARTWRIGHT 1964, 78/79; PALMER 1966, 198 Tab. VI; FREEMON u.a. 1971, 303 u. 306).

Wichtig wäre es, Genaueres über die Abstufung der Zufriedenheit zu erfahren, Zufriedenheit von Dankbarkeit und Erleichterung zu trennen und ihren sozialpsychologischen Determinanten nachzugehen: Es erscheint unverhältnismäßig schwer zu sein, eine allgemeine Unzufriedenheit zu äußern, selbst wenn man im einzelnen dieses oder jenes auszusetzen hat. Einzelkritik und Unzufriedenheit hängen offenbar nicht linear zusammen.

Solange wir nicht klarer sehen, sollten wir beide Patientenreaktionen getrennt betrachten und für sich gelten lassen.

Es läßt sich zusammenfassen:

In Studie III äußerten sich etwa 50 % der Patienten kritisch über Informations- und Kommunikationsprobleme mit dem Arzt; in Studie II hatten 28 % den direkten Eindruck, daß der Doktor ihnen nicht genug über ihren Krankheitszustand erzähle.

In angloamerikanischen Untersuchungen ergaben sich für eine Kritik der erhaltenen Information Prozentsätze zwischen minimal 11 % und maximal 65 % (ungewichteter Mittelwert über 10 Studien 36 %). Dies zeigt einmal ein (subjektives) Aufklärungs- und Informationsdefizit an. Zum anderen wirft es ein Licht auf die Probleme der Untersuchung der Informationszufriedenheit.

Schwierig ist das Verhältnis der oft ausgeprägten Detailkritik zu der von etwa 3/4 derselben Patienten jeweils geäußerten globalen Zufriedenheit über den Krankenhausaufenthalt und die Arzt-Patient-Kontakte. Auch diese Diskrepanz bedarf näherer Untersuchungen, damit nicht die Gültigkeit der einen Aussage durch die andere oder - je nach Bedarf - der anderen durch die eine bestritten werden kann.

ad 3: Gespräche mit dem Stationsarzt

Zu diesem Thema haben wir in Studie II und III verschiedene Fragen gestellt, deren Beantwortung Hinweise auf das von den Patienten wahrgenommene Aufklärungsdefizit geben kann:

- a) 50 % von 235 Patienten gaben an (Studie II), daß ihnen bis zum Tage des Interviews, im Mittel des 21. Aufenthaltstages, nicht gesagt worden wäre, warum eine medikamentöse Therapie notwendig sei und wie sie wirke.
- b) Auf die Frage, ob "der Doktor mit Ihnen über den weiteren Verlauf Ihrer Krankheit gesprochen" habe, antworteten in Studie II 148 Patienten mit "Nein" (63 %). Von diesen sagten 123, daß sie es aber gerne möchten (52 % vom Gesamt).

In Studie III (N = 67) stellten wir eine äquivalente Frage am Schluß des Krankenhausaufenthaltes (Interview 3): "Wurde über den möglichen weiteren Verlauf der Krankheit gesprochen?" Dies verneinten insgesamt 48 %.

- c) Auch über die Frage, ob sich aus der "Krankheit auch nach dem Krankenhausaufenthalt noch Probleme ergeben" (z.B. in Beruf oder Familie) ist es, den Angaben von 208 Patienten zufolge, allein in 17 % zu einem Gespräch gekommen (Studie II). Allerdings war gerade bei dieser Frage der Anteil derjenigen, die ein Interesse an solchen Diskussionen verneinten, mit 37 % vergleichsweise hoch (14 % bei dem Gespräch über den weiteren Verlauf der Krankheit). Diese Patienten gaben in der Regel an, daß sie entweder keine poststationären Probleme sähen oder daß ihnen die Probleme so gut bekannt seien, daß sich eine klärende Unterhaltung mit dem Krankenhausarzt erübrige.
- d) Ebenfalls einen Indikator für das erlebte Aufklärungsdefizit stellen die 56 % der Patienten dar (Studie III, N = 77), die im Vergleich zum ersten Interview bis zum 7. Tag nach ihren Angaben nichts "Zusätzliches über Ihre Krankheit" erfahren hatten.
- e) 54 % (N = 67) stimmten im selben Interview 2 der Aussage zu: "Man weiß nie genau, was mit einem gemacht wird."

Soweit wir der Literatur genaue Zahlen entnehmen können, bestätigen sie im großen und ganzen unsere eigenen Ergebnisse: Nur 20 % der von HARECK und Mitarbeitern (HARECK u.a. 1977) befragten Krankenhauspatienten gaben an, daß sie die Informationen vom Arzt unaufgefordert erhalten hätten (Detailtabellen).

Die folgende Übersicht stammt aus einer Untersuchung von v. TROSCHKE und SIEGRIST(v.TROSCHKE und SIEGRIST 1977, 2395) und zeigt, daß 1973 zwischen 50 % und 71 % und 1976 zwischen 26 % und 54 % der Krankenhauspatienten ihrer Erinnerung nach zu wenig ausführlich bzw. gar nicht über die angegebenen 5 Themen mit ihrem Stationsarzt gesprochen hatten.

	1973 N = 170	1976 N = 553
Mit dem Stationsarzt hatten nach eigenen Angaben gesprochen über:		
Name und Art der Krankheit	50 %	74 %
Entstehung und Ursache	29 %	46 %
Verlauf	36 %	59 %
Behandlung	50 %	70 %
Folgen, Konsequenzen	29 %	48 %

Dabei rechnen die Autoren den deutlichen Zuwachs von 1976 gegenüber 1973 einzig einem 1976 an die Patienten ausgegebenen "Krankenhaus-Patientenheft" zu und vernachlässigen gewichtige Stichprobenunterschiede (1973 Kreiskrankenhäuser, 1976 Universitätskliniken) sowie den gut belepten zeitlichen Trend zu einer erweiterten Aufklärung und Informierung der Patienten durch die Ärzte (cf. MITCHELL and GLICKSMAN 1977; PECK and BOLAND 1977; ZANDER 1976).

Nach MOHL gaben knapp die Hälfte einer Stichprobe chirurgischer Patienten an, präoperativ gar nicht oder zu oberflächlich oder zu kurzfristig oder unverständlich informiert worden zu sein (MOHL 1976).

Bei CARTWRIGHT (CARTWRIGHT 1964, 78) waren es 40 % der ca. 700 Krankenhauspatienten, die angaben, hauptsächlich vom Arzt spontan informiert worden zu sein ("mainly told").

SPIEGEL und DEMONE (SPIEGEL and DEMONE 1968) fanden, daß 65 % der 108 von ihnen interviewten Patienten keine spezifischen

ärztlichen Instruktionen für die poststationäre Phase erhalten hatten.

53 % der von EARTHROWL und STACEY (EARTHROWL and STACEY 1977, 85) untersuchten 1.368 Eltern hatten den Fall und die Behandlung ihres Kindes nicht mit einem Arzt besprechen können, obwohl 56 % dieser Eltern das gewünscht hätten.

PECK und BOLAND (PECK and BOLAND 1977) fanden ebenso wie MITCHELL und GLICKSMAN (MITCHELL and GLICKSMAN 1977), daß ihre Karzinompatienten in einem großen Prozentsatz nicht auf eine bevorstehende radiologische Therapie vorbereitet worden waren ("most of the patients" bzw. 52 % der Befragten).

Zusammenfassend:

Über aus Patientensicht wichtige Themen ist mit etwa der Hälfte der Patienten, oft trotz gegenteiliger Wünsche, nicht gesprochen worden. Dabei fanden die poststationären Probleme der Patienten offenbar besonders wenig Beachtung.

ad 4: Die Ausnutzung alternativer Strategien

In Studie III fragten wir im 3. Interview insgesamt 67 Patienten: "Haben Sie selbst, außer sich an Ärzte und Schwestern zu wenden, etwas unternommen, um mehr über Ihre Krankheit in Erfahrung zu bringen?"

24 % der Patienten beantworteten das offen mit "Ja". Sie hatten z.B. Gesundheitsbücher selbst studiert oder aber von ihren Angehörigen nachlesen lassen, hatten den Hausarzt aus dem Krankenhaus heraus angerufen oder sogar aufgesucht (!), hatten wie H.E. SIGERIST (s.o.) Befundzettel heimlich gelesen oder Kurven exzerpiert.

Es ist auffällig, daß fast nie Mitpatienten als zusätzliche Informationsquelle genannt wurden.

Alle diese geplanten und gezielten Aktivitäten sind ein Ausdruck für das subjektiv drängende Aufklärungs- und Informationsdefizit dieser Patienten; sie sind gleichzeitig Ausdruck eines findigen Unterlaufens der üblichen Informationsbegrenzung.

Wir konnten weder mit den Sozial- noch mit den Persönlichkeitsdaten (FPI) einen Hinweis darauf gewinnen, ob sich diese 16 Patienten statistisch bedeutsam von ihren Mitpatienten unterscheiden.

Ähnliche Angaben anderer Autoren sind mir nicht bekannt.

ad 5: Das subjektive und das faktische Krankheitswissen

Durchschnittlich am 2. Aufenthaltstag, immer nach den Aufnahmeuntersuchungen durch den Ambulanz- und den Stationsarzt, gaben uns in Studie III 48 % der Patienten (N = 88) an, daß sie "im Augenblick über ihre Krankheit" "ziemlich schlecht" (25 %) oder sogar nur "schlecht" (23 %) Bescheid wüßten.

Nach dieser Erhebung der subjektiven Informiertheit versuchten wir am Ende des Krankenhausaufenthaltes das Krankheits- und Behandlungswissen dieser Patienten zu objektivieren.

Ähnlich wie 1973 (Studie II) fragten wir die Patienten:

"Können Sie mir bitte jetzt noch einmal genau erklären, um was für eine Krankheit es sich bei Ihnen gehandelt hat (handelt)?"

"Und wie wurden Sie im einzelnen behandelt?"

Die genau protokollierten Patientenangaben haben wir - wie 1973 - mit den uns zur Verfügung stehenden Arzt- bzw. Krankenaktenangaben verglichen und nach ihrer Vollständigkeit und vor allem nach dem gezeigten Verständnis bewertet als gutes, mäßiges oder schlechtes Wissen. Die Abbildung 14 zeigt zuerst die 1973 erhaltenen Ergebnisse:

Abbildung 14: Das diagnostische und therapeutische Wissen
(Studie II, N = 235)

	diagnostisches Wissen	therapeutisches Wissen
gut	46 %	37 %
mäßig	32 %	50 %
schlecht	21 %	13 %

Ein gutes diagnostisches Wissen war bei weniger als der Hälfte der Patienten festzustellen. Das therapeutische Wissen war insgesamt eher geringer ausgeprägt; dabei zeigte sich, daß die Patienten überwiegend zwar angeben konnten, welche Therapeutika,

nicht aber warum und zu welchem Zweck diese angewandt worden waren.

Am Rande sei erwähnt, daß in derselben Studie nur 43 von 235 Patienten (18 %) eine genaue Antwort auf die Frage geben konnten:

"Wissen Sie ungefähr, wie lange Sie voraussichtlich hier im Krankenhaus bleiben müssen?"

29 % wußten allein die Größenordnung (1 oder 2 Wochen o.ä.) und etwa die Hälfte hatte keine Vorstellung über die noch vor ihr liegende Aufenthaltsdauer.

1973 fand sich das geringste diagnostische Wissen bei den Schwerkranken und/oder prognostisch infaust Erkrankten und/oder alten Patienten, wie sie häufiger auf internistischen Abteilungen anzutreffen waren. Das Behandlungswissen zeigte diese differentielle Verteilung weniger ausgeprägt (cf. SIEGRIST u.a. 1974, 203 ff.; RASPE 1976b); es korrelierte hochsignifikant mit dem Krankheitswissen, und es zeigte einen engen Zusammenhang mit den Antworten auf die Frage, ob dem Patienten Aufklärung über seine Therapie gegeben worden wäre.

1976 fanden wir bei prinzipiell gleichem Vorgehen vergleichbare, für die Patienten eher etwas günstigere Befunde: Mehr als die Hälfte zeigte sich über die Diagnose gut oder sogar sehr gut informiert; ca. 1/4 hatte ein mäßiges und weniger als 1/5 ein schlechtes Krankheitswissen. Das Therapiewissen verteilte sich zu jeweils etwa 2/5 auf die erste und die mittlere Kategorie; etwa 1/6 zeigte ein schlechtes oder gar kein Behandlungswissen.

Auf eine Diskussion von korrelationsstatistischen Ergebnissen will ich verzichten; wir sind uns über die Qualität und Angemessenheit des Erhebungs- und des Beurteilungsverfahrens heute weniger sicher als 1973. Folgende Probleme sind bisher nur unbefriedigend gelöst:

- a) Wieweit soll der Interviewer im Patienteninterview nachfragen? Prinzipiell wäre jeder (nichtärztliche) Patient durch beharrliches Nachfragen in ein "schlechtes Verständnis" zu treiben. Dieses Problem stellt sich vor allem bei unterschiedlich erfahrenen und ausgebildeten und z.T. auch nichtärztlichen Interviewern.

- b) Wie sind die Fälle (in Studie III ca. 30 %) zu werten, in denen die Diagnose selbst unsicher oder unklar bleibt - wie etwa im Fall des Herrn Sch. (s.o. S. 70 ff.) ? Wann ist eine Diagnose unsicher oder unklar ? Auch wenn man die erste Frage so löst, daß man das Wissen des Patienten um seine diagnostischen Schwierigkeiten als "gutes Wissen" bewertet; dann bleibt doch noch das zweite fast nicht lösbare, medizinphilosophische Qualität gewinnende Problem.
- c) Es haben sich (vor allem in Studie III) Zweifel an der Interraterreliabilität (Objektivität) der Beurteilungen ergeben. Ein in die Untersuchung nicht einbezogener ärztlicher Beurteiler kam zwar im Endergebnis zu ähnlichen Prozentsätzen - die individuellen Beurteilungen zeigten jedoch ernste Unterschiede. Es gelingt offenbar nicht, sich ohne Umstände auf gültige und zuverlässige Bewertungskriterien zu einigen.
- d) Das mag nicht zuletzt daran liegen, daß das sich z.B. in Arztbriefen niederschlagende medizinische Lehrbuchwissen nicht selten eine unangemessene Beurteilungsgrundlage für das "Wissen eines Patienten zu sein scheint. Denn dessen Wissen hat, auch wenn es sich in ähnlichen Namen und Wörtern zusammenfassen läßt, andere kognitive, emotive und vor allem praktische Implikationen und Konsequenzen (s.o. S. 53 ff., 83 ff.). Vieles, was der Arzt weiß bzw. wissen möchte, hätte für den Patienten, wenn er es dann selbst wüßte, den Charakter eines Glasperlenspiels ohne jede lebenspraktische Konsequenz. Auch wenn es also gelänge, den Vergleich zwischen medizinischem und patientenseitigem Wissen auf feste Füße zu stellen - es könnte die Frage nach dem Sinn des Unternehmens gestellt werden.
- e) Dies gilt auch, wenn man das offenbar prekäre Verstehen, Behalten und Wiedergeben der ärztlichen Mitteilung seitens der Patienten bedenkt. Mehrere Studien haben es wahrscheinlich gemacht, daß Patienten einen Teil des tatsächlich Gesagten (und z.B. auf Tonband Mitgeschnittenen) wieder "vergessen": AITKEN-SWAN und ESSON fanden, daß sich 19 % der von ihnen bewußt und gezielt informierten Karzinompatienten nach maximal einem Monat überhaupt nicht mehr an das Gespräch erinnern konnten (AITKEN-SWAN and ESSON 1959). Dieses Verhalten zeigt auch einer der 20 von ROBINSON und MERAV nach 4 - 6 Monaten

nachuntersuchten herzonierten Patienten (ROBINSON and MERAV 1976). Keiner der Patienten, die JOYCE u.a. untersuchten (JOYCE u.a. 1969), behielt alles, was ihm in einer ambulanten Konsultation gesagt worden war; im Mittel wurde ca. die Hälfte "vergessen" - abhängig von dem Umfang des Gesagten und von bestimmten Patientenmerkmalen. Damit wurden ältere Befunde von LEY und SPELMAN bestätigt (LEY and SPELMAN 1965), deren Patienten im Mittel 37 % der einzelnen Mitteilungen vergessen hatten. Bei ihnen zeigte sich zusätzlich ein Einfluß der Informationsinhalte und der relativen Position und Bemerkungen sowie des Alters und der Angst des Patienten (U-Kurven-Beziehung !) (cf. GOLDEN and JOHNSON 1970).

Aus diesen Befunden ergibt sich also die Frage, was man eigentlich im Einzelfall "mißt", wenn man das Krankheitswissen eines Patienten zu bestimmen versucht.

Diese sehr weitgehenden Überlegungen betreffen meine augenblicklichen Intentionen zum Glück nur zum Teil. Denn wenn es um nichts anderes geht, als in den untersuchten Patientenkollektiven ein Informations- und Aufklärungsdefizit zu beschreiben, dann ist auch das oben operational definierte faktische Krankheits- und Behandlungswissen als ein Indikator zuzulassen. Dem Reliabilitätsproblem und den möglichen Interviewverzerrungen wird dadurch Rechnung getragen, daß allein noch Größenordnungen angegeben sind: Mehr als die Hälfte, etwa ein Sechstel usf. und daß auf analytische Detailauswertungen verzichtet wird.

Die anderen Untersucher, die das Krankheitswissen ihrer Patienten exploriert haben, sind bei verschiedenen Kollektiven zu zum Teil sehr unterschiedlichen Ergebnissen gekommen:

ENGELHARDT und Mitarbeiter fanden bei ihren 120 Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung in 33 % richtige, in 36 % teilweise richtige und in 24 % falsche diagnostische Vorstellungen. 7 % blieben unklar. Über die abgelaufene Therapie hatten 22 % richtige, 34 % teilweise richtige und 35 % falsche Vorstellungen. Hier waren 9 % nicht zuzuordnen (ENGELHARDT u.a. 1973, 86 und 90).

In der Untersuchung von v. TPOSCHKE und SIEGRIST (v.TROSCHKE und SIEGRIST 1977, 2395) konnten 90 % der Befragten den Namen ihrer

Krankheit sagen, 90 % wußten angeblich, wofür bzw. wogegen sie ihre Medikamente bekamen und 28 % wußten deren Namen anzugeben. Soweit ich sehe, ist keine dieser Angaben dem Versuch einer Objektivierung unterzogen worden.

Aus dem deutschsprachigen Raum ist uns noch eine weitere Angabe bekannt, allerdings für ambulante Patienten (N = 96), welche zu zwei Konsultationen innerhalb eines Monats in eine medizinische Universitäts-Poliklinik kamen (DUBACH und v. RECHENBERG 1977). Es "waren nur 76 Patienten in der Lage, richtig (auf die Frage nach der Diagnose, also 78 %, H.-H.R.) zu antworten"; d.h. sie wußten den Namen ihrer Krankheit. Dagegen konnte "nur bei 55 % unserer Patienten ... ein gutes Krankheitsverständnis festgestellt werden". Männer, jüngere und akademisch geschulte Patienten mit einem guten allgemeinmedizinischen Wissen hatten ein besseres Verständnis ihrer Krankheit als die entsprechenden Alternativgruppen. Insgesamt "nur 5 % der Patienten wußten über ihre Nebendiagnosen auch eingehender Bescheid".

In einer vergleichbaren amerikanischen Studie (SNYDER u.a. 1974) wußten angeblich 43 % alles und 21 % überhaupt nichts über ihre Krankheit.

Für den stationären Bereich sind weitere angloamerikanische Angaben zu finden: READER u.a. (READER u.a. 1957, 90) stellten fest, daß 1/3 der von ihnen untersuchten Patienten nach mehrwöchigem bis mehrmonatigem Kontakt mit dem Arzt keine klare Vorstellung darüber hatte, "was ihr Problem war". Darüber hinaus hatte "die Hälfte der Patienten der Stichprobe nach unserer Einordnung kein zutreffendes Verständnis ihres Zustandes außer dem Namen dafür; und einige unter ihnen wußten nicht einmal den."

Sehr viel höhere Übereinstimmungsraten zwischen objektiver und subjektiv gewußter Diagnose geben PALMER (PALMER 1966: 76 %), HUGH-JONES und Mitarbeiter (HUGH-JONES u.a. 1964: 80 %) und für Karzinompatienten PECK und BOLAND (PECK and BOLAND 1977: 60 %) sowie MITCHELL und GLICKSMAN (MITCHELL and GLICKSMAN 1977: 94 %) an. Das mag an der anderen "Aufklärungspolitik" in den untersuchten Krankenhäusern liegen. Für die Karzinompatienten ist aber auch ein zeitlicher Effekt nicht auszuschließen: Die beiden zuletzt zitierten Autorenpaare berichten, daß 1968 nur 28 % (vs. heute 60 %) bzw. 1972 "nur" 80 % (vs. heute 94 %) über ihre Diagnose informiert gewesen wären: "Das Klima hat sich merklich

dafür erwärmt, daß Krebspatienten mitgeteilt wird, daß sie tatsächlich an dem erkrankt sind, was sie wahrscheinlich schon für einige Zeit vermuten" (MITCHELL and GLICKSMAN 1977, 61).

Gerade bei Karzinompatienten sind aber auch andere für den Arzt unkontrollierbare Informationsquellen nicht auszuschließen. Mehrere Autoren berichteten, daß diese Patienten meist wissen, daß sie an einem Karzinom erkrankt sind, obwohl keiner sie offen aufgeklärt hatte (CARTWRIGHT u.a. 1973, 163 ff.: 73 % und McINTOSH 1977, 82: 88 % wahrscheinliches bzw. sicheres Wissen).

Zusammenfassung:

Auch das faktische Krankheitswissen ist nicht so verteilt, wie man es bei einer vollständigen und gelingenden Aufklärung erwarten sollte, wenn auch etwa die Hälfte der von uns befragten Patienten über ihre Krankheit und ca. 2/5 über ihre Behandlung gut Bescheid wußten. Die erhaltenen Proportionen können aus den diskutierten Gründen nur als eine empirisch begründete Schätzung der tatsächlichen Verhältnisse angesehen werden. Dasselbe gilt auch für die korrelationsstatistischen Befunde, die es wahrscheinlich machen, daß alte sowie schwer- und prognostisch infaust erkrankte internistische Patienten ein schlechteres Verständnis ihres Zustandes und ihrer Behandlung haben als ihre Mitpatienten.

Die Darstellung der eigenen und der in der Literatur gefundenen Detailergebnisse zum Informations- und Aufklärungsdefizit möchte ich mit einigen alle Indikatoren betreffenden und zusammenfassenden Überlegungen abschließen:

Unsere Befunde weisen zusammengekommen auf ein verbreitetes und ausprägendes Aufklärungs- und Informationsdefizit bei Akutkrankehauspatienten hin - wenn man sich das Ideal, vielleicht sollte man treffender sagen: die Utopie einer vollständigen und zufriedenstellenden Aufklärung aller Patienten zum Maßstab nimmt. Dieses Defizit findet sich je nach Indikator bei etwa einem Viertel bis mehr als der Hälfte der Befragten.

Unterscheiden müssen wir zwischen rein subjektiven und wenigstens prinzipiell zu objektivierenden Defizitindikatoren, wie ich sie zuletzt ab S.110 unter den Punkten 3., 4. und 5. diskutiert

habe. Diese Differenzierung scheint mir von einiger Wichtigkeit zu sein.

Bemerkenswerterweise haben sich in der Verteilung weder der einen noch der anderen dieser Indikatorengruppen überzufällige und systematische Zusammenhänge mit Merkmalen der sozialen Schicht wie Schulbildung, Ausbildung, Beruf oder der finanziellen Situation gefunden. Wenn auch der größte Teil unserer Patienten aus der Allgemeinen Pflegeklasse - und in dieser konnten wir allein untersuchen - der oberen Unter- bzw. unteren Mittelschicht zuzurechnen ist (Studie II: ca. 80 %, Studie III ca. 70 % nach Schul- und Berufsausbildung; nach dem ausgeübten Beruf ca. 70 % bzw. ca. 45 %), so ist dieser Befund trotz der geringen Variabilität der Merkmale doch auffällig.

Für beide Gruppen gilt auch, daß sich fast durchgängig überzufällige Unterschiede zwischen chirurgischen und internistisch (-neurologischen) Patienten finden ließen. Sowohl das Krankheits- und Behandlungswissen (Studie II) als auch die subjektive Informiertheit am Anfang des Aufenthaltes sowie die Informationszufriedenheit und das noch bestehende Informationsbedürfnis in der Mitte des Aufenthaltes (Studie II) korrelieren wenigstens unter $p < 0,01$ mit der Fachabteilung: Internistische Patienten haben ohne Zweifel die größeren Probleme - ein Befund, den jüngst auch VOLICER und Mitarbeiter (VOLICER u.a. 1977, 10) bei 535 Patienten mit der von ihnen ausgearbeiteten "Hospital Stress Rating Scale" erheben konnten. Der Grund dafür scheint in der im Durchschnitt größeren Verborgenheit, Unanschaulichkeit und Unübersichtlichkeit internistischer Krankheitsbilder zu liegen.

Krankheitsspezifische Einflüsse konnten wir in den bisherigen Studien nicht ausreichend überprüfen. Das Spektrum der einbezogenen Krankheiten bzw. Diagnosen war stets zu umfangreich, die Größe homogener Gruppen zu klein, um zu gültigen Aussagen zu kommen. Jedenfalls für alle subjektiven Defizitindikatoren gilt, daß weder der Schweregrad noch die Prognose der Krankheit einen statistisch zu sichernden Einfluß erkennen ließen.

Daten zu Merkmalen der Primärpersönlichkeit unserer Patienten haben wir erst in Studie III mit dem Freiburger Persönlichkeits-Inventar miterhoben. Dabei zeigte sich als verwertbarer Befund

allein, daß diejenigen Patienten, die sich am Ende des Krankenhausaufenthaltes noch unzufrieden äußerten, sich signifikant häufiger als aggressiv ($p < 0,05$) und emotional labil ($p < 0,025$) beschrieben als ihre Mitpatienten (s.o.S. 108). Andere persönlichkeitspezifische Einflüsse ließen sich nicht sichern.

Die von uns erhobenen subjektiven und objektiven Defizitindikatoren erlauben keine weitere Unterscheidung nach ihrer Ätiologie und ihrer Zeitstruktur und damit ihrer Art (s.o.S. 101). Insofern haben diese Differenzierungen bisher nur analytische und heuristische Bedeutung. Allerdings scheinen die Verhältnisse für die "objektivierbaren" Indikatoren noch unklarer zu sein als für die rein subjektiven Wünsche, Bedürfnisse und Eindrücke.

Für eine grundsätzliche Unterscheidung zweier Klassen von Defizitindikatoren (subjektiven und objektivierbaren) sprechen mehrere Überlegungen:

- a) Das scheinbar Einfache hat sich als das Schwierigere erwiesen: Wie die oben im Zusammenhang mit dem faktischen Krankheitswissen geführte Diskussion gezeigt hat, sind bei den dem Prinzip nach objektivierbaren Indikatoren oft nicht nur technisch-methodische, sondern auch erhebliche theoretische Probleme zu überwinden.

Auch bei den prinzipiell nicht objektivierbaren Antworten auf Wunsch-, Bedürfnis- und Zufriedenheitsfragen werden Reliabilität und Objektivität zu klären sein; aber die Probleme der Validität der Fragen und der Bedeutung der Indikatoren stellt sich nicht in dem Ausmaß wie bei den Fragen nach konkreten Erlebnissen oder Handlungen und vor allem nach dem faktischen Wissen.

- b) Gerade aus stress- und adaptationstheoretischer Sicht ist für die Beanspruchungswirkung potentieller psychosozialer Belastungen weniger das von Bedeutung, was aus der Sicht eines außenstehenden "objektiven" Betrachters der Fall ist, als vielmehr das, was subjektiv wahrgenommen und als Belastung bewertet wird. Diesem oben ausführlich gewürdigten Umstand (s.o.S. 46) trägt das entscheidende Element der psychosozologischen Stresstheorie, nämlich die Kategorie des "cognitive

appraisal" sensu LAZARUS Rechnung (cf. LAZARUS u.a. 1974, 2.1977; KWOK BUN CHAN 1977; BARNLUND 1976). Nicht das dem Patienten selbst verborgene Krankheitswissen an sich, sondern das selbstbewußt - erlebte und beurteilte Wissen ist für die psychischen, somatischen und verhaltensmäßigen Reaktionen der Betroffenen vor allem wirkmächtig. Daher messen wir den subjektiven Defizitindikatoren auch dann eine hohe Bedeutung zu, wenn unklar bleibt, was zu welchem Zeitpunkt zu ihrer Ausprägung geführt hat.

- c) Wir sind nicht überrascht, daß die subjektiven Defizitindikatoren empirisch zwar untereinander, anscheinend aber nicht mit den objektivierbaren Indikatoren korrelieren. Unter den oben gemachten Vorbehalten hängt die Informationszufriedenheit offenbar nicht von dem faktischen Krankheits- und Behandlungswissen ab.

Daß die subjektiven Defizitindikatoren der Studie III miteinander verbunden sind, gilt mit den folgenden Einschränkungen: Die Korrelationen verschiedener Indikatoren, die zu einem Interviewtermin erhoben worden sind, sind weitaus häufiger (und stärker) als die Korrelationen verschiedener Variablen über 2 oder sogar alle 3 Interviewtermine hinweg. In anderen Worten heißt das, daß die Fragen, die zu einem Zeitpunkt (z.B. am 7. Aufenthaltstag) gestellt worden sind, sich teilweise überschneiden, also dasselbe "messen"; es heißt auch, daß es keineswegs immer dieselben Patienten sind, die ein Informations- und Aufklärungsdefizit angeben. Das Problem läßt sich also nicht auf eine begrenzte Gruppe von "Nörglern", "Neurotikern" etc. reduzieren. Dafür sprechen auch die bereits referierten negativen korrelationsstatistischen F.P.I.-Befunde.

Diese 3 (methodischen, theoretischen und empirischen) Gesichtspunkte sprechen also für eine deutliche Unterscheidung rein subjektiver von prinzipiell von außen zu objektivierenden Indikatoren eines Informations- und Aufklärungsdefizites. Sie rücken die wissenschaftlich häufig verschmähten subjektiven und prinzipiell nicht objektivierbaren Erlebnisse und Wünsche in den Vordergrund der weiteren Betrachtung. Diese wird sich im nächsten Abschnitt den wahrscheinlichen Implikationen und Folgen eines subjektiven Informations- und Aufklärungsdefizites zuwenden.

4. Wahrscheinliche Implikationen und Folgen eines Informations- und Aufklärungsdefizites

Unter diesem Titel sollen einige psychische, somatische und verhaltensmäßige Implikationen und Folgen eines solchen Defizites dargestellt oder wenigstens gestreift werden.

Sie ließen sich am sichersten wohl in (quasi-)experimentellen Vergleichsuntersuchungen unterschiedlich aufgeklärter und betreuter Patienten Gruppen erfassen. Solche Untersuchungen haben wir bisher nicht durchgeführt. So wird sich ein Teil dieses Abschnitts mit der Darstellung entsprechender fremder Ergebnisse beschäftigen müssen. Das vor allem begründet die vorsichtige Überschrift. Diese Folgen sind -soweit wir heute wissen - als belastungsunspezifische bzw. auf die Belastungen selbst nicht eindeutig hinweisende (insofern insignifikante, cf. RASPE 1978b) "Beanspruchungsindikatoren" aufzufassen; wir verstehen sie unter bestimmten Präzisierungen als Symptome eines "psychosozialen Hospitalismussyndroms" (cf. HARTMANN 1976; RASPE 1978b), das oft larviert ist unter den unvermeidlichen Krankheits- und Behandlungsfolgen (s.u.S.141). Diese Verborgenheit, die methodischen Schwierigkeiten der Erhebung und die Tatsache, daß erst Anfang der 50er Jahre ein heuristisch fruchtbarer Rahmen mit der SEYLYE'schen Stresstheorie geschaffen war (cf. SELYE 1976), haben m.E. dazu beigetragen, daß man ihnen erst Ende jenes Jahrzehnts wissenschaftliche Aufmerksamkeit geschenkt hat.

Einen Meilenstein bildete ohne Zweifel die Untersuchung von Irvin JANIS: "Psychological stress. Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients" (JANIS 1958).

Dazu kommt, daß zuvor die bedrohlicheren somatischen und psychischen Hospitalismussyndrome (s.o.S 3) erkannt und (ansatzweise) bewältigt sein mußten - es mußte eine Problementlastung geschehen sein -, bevor man sich diesen offenbar unnötigen und subjektiv lästigen - in der Regel aber nicht bedrohlichen oder sogar letal ausgehenden Beeinträchtigungen zuwenden konnte.

Daß medizinisch dennoch wichtige somatische psychische und sogar verhaltensmäßige Folgen auftreten und auch einem Patienten

bewußt werden können, ist in der oben zitierten Schilderung H.E. SIGERIST's angeklungen:

"Aber ich war sehr verstimmt über die Heimlichtuerei meiner Kollegen Das Ergebnis dieser Geheimnistuerei war, daß ich für eine Reihe von Jahren keinen Arzt mehr aufsuchte." (s.o. S. 102).

Es ist leider von einiger Bedeutung, darauf hinzuweisen, daß solche Implikationen und Folgen eines Informationsdefizits u.a. argumentativ von Gewicht sind deswegen, weil die Ärzte aus zwei Gründen durch die direkten Defizitindikatoren oft nicht zu überzeugen und für eine Aufklärung zu gewinnen sind: Zum einen erscheinen ihnen die subjektiven Eindrücke und Wünsche der (von außenstehenden Personen) befragten Patienten nicht besonders gültig und zuverlässig. Zum anderen sind Ärzte nicht von dem Wert des durch die Verhaltensnormen angezielten Idealzustandes überzeugt. Ihnen ist es oft (s.u.S.154) nicht erstrebenswert, daß alle Patienten über ihre Krankheit einschließlich der Prognose Bescheid wissen. Im Gegenteil sind sie oft im Einklang mit den hippokratischen Maximen (s.o.S. 39) von einer Schädlichkeit der Aufklärung überzeugt. Manche bezweifeln auch, daß "der Patient in seiner Krankheit" (ENGELHARDT 1971) überhaupt zu Vernunft und Selbstbestimmung fähig sei (cf. JASPERS 1954; HOFF 1975; EHLERT 1976; WACHSMUTH 1976; HOLLMANN 1977).

Medizinisch ausgebildete Personen sind dagegen eher eingestellt auf die Normen von Gesundheit und Krankheit. Gesund ist wertvoll, erstrebenswert - "krank heißt schädlich, unerwünscht, minderwertig" (JASPERS 9.1973, 652). Die Forschungen zum psychosozialen Hospitalismus objektivieren nun günstige Folgen von Aufklärung bzw. ungünstige Folgen eines Aufklärungsmangels in medizinisch bedeutsamen Dimensionen. Sie vermögen gerade daher den genannten Personenkreis zu beeindrucken.

Das gilt besonders dann, wenn solche günstigen oder ungünstigen Folgen sich in prospektiven Studien als signifikante Unterschiede zwischen unterschiedlich "behandelten" Patientengruppen ergeben. Maßstab der Beurteilung ist damit nicht mehr die Nähe oder Ferne eines empirischen Befundes zu einem angreifbaren Ideal" sondern

es ist eine empirische Differenz zwischen wenigstens zwei Untersuchungskollektiven - wie weit beide auch von einem Idealzustand entfernt sein mögen. Natürlich gibt es auch hier eine tiefere normative Grundlage, aber diese kommt vorerst nur soweit ins Spiel, als die gewählten Unterschiedsdimensionen für einen Mediziner plausibel oder wenigstens akzeptabel sein müssen.

Sehr viel wichtiger als diese argumentative Bedeutung der zu diskutierenden Implikationen und Folgen eines Informationsdefizites sind aber ihre theoretische für eine psychosoziale Stress- und Adaptationslehre und ihre praktische für eine Reduktion vermeidbarer psychosozialer Belastungen im Akutkrankenhaus.

Eigene Befunde:

Wir selbst haben im Rahmen der Studie III einen Zusammenhang zwischen einem subjektiven Informationsdefizit und einer objektivierbaren psychischen Beanspruchung gefunden. Es haben sich bei den 67 im Verlauf untersuchten Akutkrankenhauspatienten überzufällige und systematische Korrelationen unserer Indikatoren eines subjektiven Informationsdefizites mit verschiedenen Kennwerten der (mit der Befindlichkeits-Skala (BfS) von v.ZERSEN und KOELLER (v.ZERSEN und KOELLER 1976) bestimmten) individuellen Befindlichkeitsverläufe ergeben (cf. RASPE 1978c). Bei der BfS-Skala handelt es sich um eine vom Patienten selbst auszufüllende Eigenschaftswörterliste mit 28 polaren Wortpaaren, z.B. "aufgeschlossen - gehemmt", "erschöpft - erholt", "sorglos - grüblerisch". Der Proband soll jeweils angeben, ob er sich eher durch den einen oder durch den anderen Pol in seiner augenblicklichen Stimmung charakterisiert fühlt. Für jedes gewählte "negative" Item erhält er 2 und für jedes mögliche "weder-noch" 1 Punkt. Die Skala mißt also zwischen 0 und 56 Punkten. Es existieren zwei hoch miteinander korrelierende Parallelförmungen BfS und BfS' (siehe Abbildung 15). Wir sind, den Empfehlungen der Autoren folgend, immer so vorgegangen, daß wir täglich allen erreichbaren Patienten zu einem immer gleichen Zeitpunkt immer dieselbe Version vorgelegt haben - und zwar diejenige, die am ersten Erhebungstag den höheren Punktwert ergeben hatte.

Um die Befindlichkeitsentwicklung jedes Patienten charakterisieren zu können, bildeten wir folgende Kennwerte:

- a) Aus der halbierten Summe der beiden nur am Anfang und am Ende des stationären Aufenthaltes zusammen erhobenen BfS-Parallel-formen ergab sich ein individueller Ausgangswert x_{iA} und Endwert x_{iE} .
- b) Alle täglichen Werte eines Patienten wurden zu einem individuellen Gesamtmittelwert oder Verlaufswert $\bar{y}$ zusammengezogen.
- c) Die Richtung der individuellen Befindlichkeitsentwicklung im Gesamtverlauf wurde mit Hilfe des linearen Regressionskoeffizienten b und mit Hilfe einer Mittelwertdifferenz $d\bar{y}$ (Mittelwert $\bar{y}_1$ der ersten minus dem Mittelwert $\bar{y}_2$ der zweiten Aufenthaltshälfte) geschätzt. Ein positiver Regressionskoeffizient und/oder eine negative Mittelwertdifferenz stehen für einen sich in der Tendenz verschlechternden Befindlichkeitsverlauf. Beide Maße korrelieren unter $r = 0.82$ miteinander.

Über die in bisher 3 Studien erhaltenen Mittelwerte, Standardabweichungen und Variabilitätskoeffizienten der 3 zuerst genannten Kennwerte orientiert die Abbildung 15. In ihren letzten beiden Spalten sind die r -Korrelationen der beiden nur am Anfang und Ende des Aufenthaltes gemeinsam vorgelegten Parallelformen festgehalten.

"BLB I" und "BLB II" stehen für zwei 1976 und 1977 durchgeführte Kurstudien. "HU" kennzeichnet die hier Studie III genannte Untersuchung.

Abbildung 15: BFS-Ergebnisse aus 3 Studien

BFS - Ergebnisse

Mittelwerte, Standardabweichungen, Variabilitätskoeffizienten

aus 3 Studien

	$\bar{x}_{IA}$	$\bar{y}$	$\bar{x}_{IE}$	BFS/BFS' Anfang	BFS/BFS' Ende
Eichstich- probe	12.2 $s = 9.3$ VK = 0.76				
BLB I N = 58	20.1 $s = 12.0$ VK = 0.60	14.0 $s = 9.4$ VK = 0.67		$r = 0.88$	$r = 0.86$
BLB II N = 21	21.9 $s = 13.0$ VK = 0.59	16.6 $s = 9.8$ VK = 0.59	14.2 $s = 13.4$ VK = 0.94	$r = 0.96$	$r = 0.85$
HU N = 67	20.0 $s = 12.3$ VK = 0.62	15.8 $s = 10.6$ VK = 0.67	12.0 $s = 11.9$ VK = 0.99	$r = 0.92$	$r = 0.87$

In allen drei Stichproben sind die Differenzen zwischen den drei in der Abbildung genannten Kennwerten wenigstens auf dem 1 %-Niveau signifikant - in parametrischen wie in nichtparametrischen Tests.

Trotz einiger methodischer Kritikpunkte, die ich z.T. im Arbeitsbericht unseres SFB-Teilprojekts an die Deutsche Forschungsgemeinschaft zum 1.4.1977 zusammengestellt habe, erscheint uns die BFS-Liste als ein leicht zu handhabendes, objektives und valides Instrument zur Bestimmung individueller Befindlichkeitsverläufe.

Wenn wir die Werte aller Patienten einer Stichprobe jeweils in täglichen Mittelwerten zusammenziehen, dann ergibt sich ein durchschnittlicher Befindlichkeitsverlauf dieser Patienten. Die Abbildung 16 stellt die Ergebnisse aus den oben "BLB I" und "HU" (Studie III) genannten Untersuchungen dar (cf. RASPE und EULENBURG 1977). Durch vorzeitige Abreisen bzw. Entlassungen sind leider, aber unvermeidlich, abnehmende Fallzahlen in die Mittelwerte eingegangen (BLB I minimal 40; HU minimal 10).

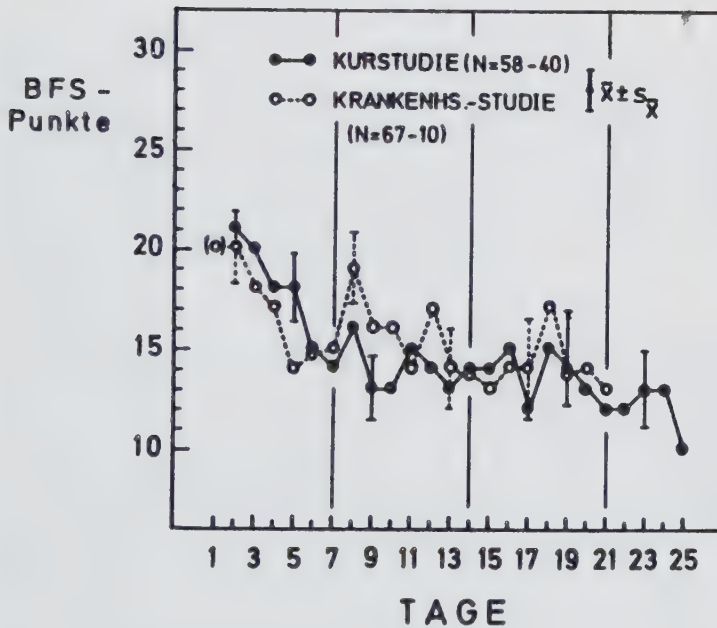
Wenn wir uns zur Beurteilung der beiden erstaunlich ähnlichen Kurven vergegenwärtigen, daß der Mittelwert der Eichstichprobe 12.2 Punkte ($s = 9.3$) betrug, dann läßt sich folgendes sagen:

Der "normale" Befindlichkeitsverlauf der von uns untersuchten stationären Patienten hat eine annähernd dreiphasige Gestalt: Von einem erhöhten "verstimmten" Ausgangsniveau aus kommt es in der ersten Woche zu einer raschen Besserung des Befindens, der eine etwas unruhige, aber eher stationäre zweite Phase und dann eine nochmalige geringgradige Besserung folgen.

Am Rande sei erwähnt, daß sich ein solcher Mittelwertverlauf auch für alle in der Studie III zweimal täglich untersuchten somatischen Beanspruchungsindikatoren (Blutdruck, Puls- und Atemfrequenz) angedeutet hat. In der Regel kommt es in der Folge eines Krankenhausaufenthaltes zu einer sich bald normalisierenden initialen Auslenkung psychovegetativer Funktionen.

Allerdings ist diese Normalisierung nicht von einer fortschreitenden Streuungseinengung und auch nicht von einem Regressions-

Abbildung 16: Mittelwertverläufe täglicher Befindlichkeitswerte zweier Stichproben hospitalisierter Kur- und Krankenhauspatienten (Näheres im Text)



effekt zur Mitte begleitet wie es andere Untersucher gefunden haben (cf. DIPNAGEL u.a. 1974). Im Gegenteil erlauben unsere Befunde am ehesten die Hypothese, daß es unter Belastung zu einer Streuungseinschränkung kommt, die sich beim Abklingen der Belastung(swirkung) wieder auflöst (s.o. Abbildung 15).

Da sich kaum systematische inter- und intraindividuelle Korrelationen zwischen den psychischen und den somatischen Beanspruchungsindikatoren ergeben haben, werde ich mich ganz auf die Diskussion der Befindlichkeitswerte konzentrieren.

Die in der Abbildung 16 gezeigte Mittelwertskurve der täglichen Punktwerte (Krankenhausstudie) verdeckt gerade die unter der Hospitalismusfragestellung interessierenden sich verschlechternden Einzelverläufe, die sich bei immerhin 26 der 67 Patienten der Studie III (39 %) finden ließen. Gerade diese Einzelentwicklungen und ihre Kennwerte sind aber wichtig, wenn wir uns den individuellen Folgen eines Informationsdefizites nähern wollen.

Einen ersten Hinweis auf den genannten Zusammenhang erhalten wir, wenn wir analysieren, wie sich die Befindlichkeitsentwicklung der Patienten darstellt, die sich am 7. Aufenthaltstag unzureichend informiert fühlten:

Abbildung 17: "Halten Sie das, was Ihnen heute (am 7. Tag) über Ihre Krankheit bekannt ist, für ausreichend oder nicht ?"

	"positiver" Verlauf	"negativer" Verlauf	
ausreichend	24	6	30
nicht ausreichend	16	19	35
	40	25	65

$$\text{Chi}^2 = 6.639; \quad \text{df} = 1; \quad p = 0.01$$

Es zeigt sich also eine Überzufällige und gut signifikante Häufung der negativen Verläufe in der Gruppe der Patienten, die ein subjektives Informationsdefizit angaben. Der Zusammenhang ist also gesichert - dennoch ist er statistischer Natur: es fanden sich negative Verläufe ohne ein Informationsdefizit und positive Verläufe "trotz" eines subjektiven Defizites; er sagt auch nichts über die Kausalitätsbeziehung zwischen beiden Merkmalen aus.

Jedenfalls die zeitlichen Beziehungen zwischen Informationsdefizit und Befindlichkeitsstörungen lassen sich etwas genauer verfolgen, wenn man die anderen o.g. BfSKennwerte x_{iA} , $\bar{y}$ und x_{iE} auf ihre gruppenspezifischen Verteilungen hin überprüft.

Wir haben - ausgehend von den immer dichotom skalierten Defizitindikatoren - mit Hilfe des t-Tests geprüft, ob sich für die 3 BfS-Kennwerte signifikante Gruppenunterschiede bezüglich ihrer zentralen Tendenz feststellen lassen: Weist die Patientengruppe, die jeweils ein Informationsdefizit angibt, die signifikant ungünstigeren BfS-Mittelwerte auf ?

Die Abbildung 18 gibt die Ergebnisse für die oben auf den Seiten 81, 102, 104 diskutierten Defizitindikatoren wieder.

Diese Frage ist cum grano salis, aber dennoch eindeutig zu bejahen: Die beiden Kennwerte $\bar{y}$ und x_{iE} liegen systematisch und ohne Ausnahme in der Patientengruppe höher, die ein subjektives Informationsdefizit angegeben hat. Die Differenzen erreichen teilweise statistische Signifikanz - immer zu oder nach dem Zeitpunkt, an dem das Informationsdefizit erhoben worden war. Es kommt nicht vor, daß Defizitindikatoren mit einer signifikanten Mittelwertdifferenz eines BfS-Kennwertes verbunden sind, der einen zeitlich früheren Zustand charakterisierte. Man findet also, anders gesagt, keine Bestätigung für den Verdacht, daß ein Informationsdefizit einer gestörten Befindlichkeit nachfolge. In diesem Sinne ist es von besonderer Bedeutung, daß das BfS-Ausgangsniveau mit keinem der Defizitindikatoren korreliert. Die x_{iA} -Mittelwertdifferenzen sind meist gering, sie wechseln und erreichen nie eine statistische Signifikanz.

Abbildung 18: Subjektives Informationsdefizit und Befindlichkeitskennwerte

SFB 1976

Subjektives Informationsdefizit und Befindlichkeitskennwerte

Indikatoren eines subj. Informationsdefizits	Gesamtstichprobe N = 67		Befindlichkeitskennwerte		
			$\bar{x}_{IA}$	$\bar{y}$	$\bar{x}_{IE}$
			(Punkte)		
Mittelwerte der Gesamtstichprobe			20.0	15.8	12.0
1. Informationsbedürfnisse am Anfang	hoch	82%	19.5	15.5	12.4
	gering		22.3	15.1	10.3
2. Subjektives Krankheitswissen am Anfang	schlecht	48%	21.9	18.6	14.9
	gut		18.5	11.8 ⁺⁺	8.8 ⁺
3. Informationszufriedenheit am 7. Tag	nein	52%	20.3	18.0	16.2
	ja		20.3	12.2 ⁺	7.0 ⁺⁺⁺
4. Informationsbedürfnis am 7. Tag	ja	67%	18.4	15.8	12.8
	nein		24.1	14.5	10.2
5. Informationszufriedenheit am Ende	nein	25%	21.1	18.9	16.0
	ja		19.8	14.2	10.7
6. Informationsbedürfnisse am Ende	hoch	42%	21.8	18.7	16.3
	gering		19.7	13.6	8.8 ⁺
7. Informationsbedürfnisse vom 7. Tag bis zum Ende	anhaltend	36%	20.8	19.3	16.9
	wechselnd		20.4	14.1	9.4 ⁺

Irrtumswahrscheinlichkeit für $\mu_1 \neq \mu_2$

+ $p < 0.050$

++ $p < 0.010$

+++ $p < 0.001$

Einen besonderen Ausschlag scheint zu geben, ob ein Patient das, was ihm am 7. Tag über seine Krankheit bekannt ist, für ausreichend hält; in welchem Ausmaß er noch unbeantwortete Fragen mit nach Hause nimmt und ob seine Informationsbedürfnisse von der Mitte bis zum Ende des Aufenthaltes ohne Veränderung anhalten. Genau diese drei Indikatoren korrelieren - wie es oben in Abbildung 17 an einem Beispiel gezeigt wurde - signifikant mit der gesamten Befindlichkeitsentwicklung (positives b und/oder negatives $d\bar{y}$): Die Patientengruppe mit einem subjektiven Informationsdefizit weist jeweils einen überzufällig höheren Anteil von Personen mit einem negativen Befindlichkeitsverlauf auf.

Daß ein geringes subjektives Krankheitswissen am Anfang des Aufenthaltes (Zeile 2) mit höheren BfS-Verlaufs- und Endwerten korreliert ist, ist nur auf den ersten Blick überraschend. Denn die später informationsunzufriedenen Patienten rekrutieren sich natürlicherweise vor allem aus jenen, die am Anfang subjektiv noch "schlecht" oder "ziemlich schlecht" über ihre Krankheit Bescheid wissen.

Keinen überzufälligen Unterschied macht es offenbar, ob ein Patient am 7. Tag "gerne mehr über die Ursachen und Folgen (seiner) Krankheit wissen möchte" (obwohl dies mit der Informationszufriedenheit zum gleichen Termin hoch korreliert ist) und ob er am Ende, mit dem, was er "im ganzen über (seine) Krankheit" weiß, unzufrieden ist.

Ob und wie weit andere Merkmale des Patienten bzw. des Stationsmilieus mit den Defizitindikatoren und den Befindlichkeitskennwerten gemeinsam korrelieren, wird noch zu diskutieren sein. Es läßt sich als Ergebnis formulieren, daß die Gruppe der Patienten, die sich in der Mitte und am Ende ihres Krankenhausaufenthaltes nicht ausreichend informiert fühlen, gleichzeitig oder folgend ein höheres, oftstatistische Signifikanz gewinnendes Ausmaß an Befindlichkeitsstörungen erkennen läßt und daß diese Patienten überzufällig häufig einen negativen Gesamtverlauf aufweisen.

Diskussion und Literaturübersicht

Auch wenn die zeitlichen Verhältnisse übersichtlicher geworden sind, so gilt noch, daß post hoc nicht mit propter hoc zu verwechseln ist; oder weiter gesagt: Korrelation ist nicht Kausalität.

Eine nabeliegende Erklärung unserer retrospektiven Befunde könnte in einer Gemeinsamkeitskorrelation (SACHS 4.1974, 307) von Defizitindikatoren und BfS-Kennwerten mit dritten Größen zu suchen sein.

Prinzipiell in Frage kommen dafür patientengebundene, krankheitsseitige und milieuseitige Faktoren. Vor allem aufgrund der geringen Fallzahl, des meist nominalen Datenniveaus der betreffenden Variablen und unserer diesbezüglichen statistischen Möglichkeiten war eine gemeinsam gleichzeitige Kontrolle aller in Frage kommenden Merkmale nicht möglich. Im einzelnen hat sich jedoch Folgendes ergeben:

- a) Ein Einfluß der demographischen Standardvariablen ließ sich nicht sichern.
- b) Wir haben keinen Anhalt für einen systematischen Einfluß der mit dem Freiburger Persönlichkeits-Inventar erfaßbaren 12 Persönlichkeitsmerkmale auf die verlaufsbedeutsamen Indikatoren eines subjektiven Informationsdefizites und/oder auf die entsprechenden BfS-Kennwerte gefunden.
- c) Daß internistisch-neurologische Patienten (für die in Abb. 1 in den Zeilen 2, 3, 4, 7 genannten Defizitindikatoren) überzufällig häufiger subjektive Informationsprobleme aufweisen, ist bereits gesagt worden. Hier ist hinzuzufügen, daß diese Patienten, wenn auch in schwächerem Maße, häufiger zu negativen Befindlichkeitsentwicklungen neigen. Wieweit es sich hier tatsächlich um direkte Einflüsse der Fachabteilung handelt, muß offen bleiben. Zu denken ist in erster Linie an eine krankheitsbedingte Häufung der Informationsprobleme bei den internistisch-neurologischen Patienten (s.o.S. 120), die dann gefolgt wäre von einem höheren Ausmaß negativer Befindlichkeitsentwicklungen.

Leider ist mir an dieser Stelle eine weitere Diskussion nicht möglich, da wir gerade die krankheitsseitigen Einflüsse weder

ex post kontrollieren noch prospektiv variieren konnten (s.o.S. 120). Hierzu wäre eine weitere Studie dringend zu wünschen.

Aus der Literatur sind mir ähnliche Untersuchungen nicht bekannt; auch das grenzt den Raum für weitere Überlegungen ein.

Ein Rückgriff auf die Literatur ist aber in anderer Hinsicht möglich und wertvoll. Denn ich sehe eine Stütze meiner empirisch fundierten Hypothese eines ursächlichen Zusammenhanges in zahlreichen experimentellen Studien, die zwischen 1964 und 1977 günstige Effekte einer gezielten präoperativen Aufklärung auf den postoperativen Verlauf verschiedenster Beanspruchungsindikatoren und weitere medizinisch unmittelbar bedeutsame Funktionen haben zeigen können.

Die Beziehung zwischen solchen medizinisch bedeutsamen Variablen und den üblichen Beanspruchungsindikatoren bedarf eines kurzen Kommentars:

Denn nicht jede belastungsbedingte Auslenkung eines Stress- oder Distressindikators ist unmittelbar von medizinischem Gewicht. Sie ist vielleicht subjektiv eindrücklich oder belästigend, vielleicht auch unnötig - aber damit noch nicht objektiv gefährlich, d.h. krankmachend (cf. "precursors of disease", LEVI 1972, 11) oder sogar selbst schon von Krankheitswert.

Das gilt für die von uns gezeigten Störungen des Allgemeinbefindens, ebenso für die z.B. für die von SPIELBERGER und Mitarbeitern demonstrierte Angstentwicklung bei internistischen und v.a. chirurgischen Patienten (SPIELBERGER u.a. 1973; cf. DUFF and HOLLINGSHEAD 1968; LUCENTE and FLECK 1972; ENGELHARDT u.a. 1973; MARTINEZ-URRUTIA 1975; CHAPMAN and COX 1977; VETTER u.a. 1977; DAVIS-OSTERKAMP 1977).

Das gilt auch für die immer wieder gezeigte Auslenkung somatischer Beanspruchungsindikatoren u.a. infolge einer

- Gastroskopie (JOHNSON and LEVENTHAL 1974: Pulsfrequenz; KUROKAWAKA u.a. 1977: Somatotropes Hormon HGH im Serum; GIESEN 1978: EKG),
- Probeexzision aus der Brust (KATZ u.a. 1970: Hydrocortison im Urin),

- Krankenhausaufnahme zum Zwecke eines mittelschweren chirurgischen Eingriffes (FLEISCHMAN u.a. 1976: Blutdruck, Thrombozytenaggregation),
- Operation (COOPER and NELSON 1962: ACTH) und sogar
- einmalige oder wiederholte Venenpunktion (BROWN and HEN INGER 1976: HGH, Cortisol, freie Fettsäuren im Plasma, Blutzucker; ROSE and HURST 1975: Plasmacortisol und HGH; FRANKHAEUSER u.a. 1976: Katecholamine im Urin, Pulsfrequenz).

MASON und Mitarbeiter konnten wie TOLSEN und Mitarbeiter an (derselben Stichprobe von) Studenten zeigen, daß sogar eine bloße Krankenhausaufnahme und Hospitalisierung gesunder Versuchspersonen zu einer signifikanten initialen Auslenkung der Glucocorticosteroid- (MASON u.a. 1965) bzw. der Katecholaminausscheidungsraten im Urin (TOLSEN u.a. 1965) führen.

Man wird es im Gegenteil aus adaptationstheoretischer Sicht geradezu "fordern" müssen, daß solche psychischen bzw. somatischen Beanspruchungsindikatoren Auslenkungen aufweisen - denn sonst wären entweder die Indikatoren als solche ungeeignet oder die Personen in ihrer Reagibilität ernsthaft eingeschränkt oder die Belastungen subliminal. Keine dieser Bedingungen scheint aber bei den zitierten Untersuchungen an Krankenhauspatientenkollektiven vorzuliegen.

Im engeren Sinne medizinisch bedeutsam werden solche Auslenkungen dann, wenn sie

- a) durch ihr Ausmaß zu einer akuten Gefahr für einen Patienten werden (z.B. Blutdrucksteigerung, Herzfrequenzunregelmäßigkeiten) - also selbst Krankheitswert annehmen, oder
- b) länger anhalten oder sogar persistieren, sich also nicht - wie es normal ist - rasch abbauen und somit möglicherweise zu frühen Gliedern pathogenetischer Ketten werden (z.B. Fettstoffwechselstörungen), oder
- c) aufgrund ihrer psychischen Wirkungen von riskanten Verhaltensweisen gefolgt sind, z.B. von der Nichteinhaltung medikamentöser Therapievorschlge, der Nichtinanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, der Verzögerung des Arztbesuches bei Selbstwahrnehmung ernster Symptome.

In einem erweiterten ärztlichen Sinne ist von Bedeutung, wenn sich Beanspruchungsunterschiede zwischen verschiedenen aufklärten Patientengruppen ergeben, die zeigen, daß sich krankenhausspezifische Leidensformen (cf. HARTMANN 1976) im Sinne des "primum nil nocere" ("do no harm") vermeiden oder abbauen lassen.

Alle im folgenden zitierten Studien vernachlässigen solche Überlegungen völlig; sie untersuchen immer ein buntes Ensemble von Kriteriumsvariablen, deren theoretische und praktische Bedeutungen nicht diskutiert werden und oft dunkel bleiben. Es soll als ein in Stärken und Schwächen symptomatisches Beispiel zuerst die frühe Studie von EGBERT und Mitarbeitern referiert werden (EGBERT u.a. 1964):

Diese Autoren untersuchten insgesamt 97 zufällig ausgewählte chirurgische Krankenhauspatienten mit intraabdominellen Operationen. 46 Patienten erfuhren als "special care group" eine besondere Aufklärung und Zuwendung; 51 dienten als Kontrollpersonen. Ein matched-pairs-Verfahren wurde nicht angewandt. Angaben über weitere Patientenmerkmale fehlen fast völlig. Über die übliche präoperative Visite durch den Anästhesisten hinaus wurden die Testpersonen besonders informiert und instruiert: Ihnen wurde erklärt, welche Schmerzen sie realistischerweise postoperativ zu erwarten hätten, wie lange diese dauern würden und was man dagegen tun könne. Sie wurden auf angemessene Atmungstechnik, Lagerung und Relaxation hingewiesen. Sie wurden ausdrücklich auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht, Schmerzmittel anfordern zu können. "The presentation was given in a manner of enthusiasm and confidence". Auch nach der Operation wurden diese Patienten anders behandelt: Informationen und Instruktionen wurden wiederholt; dadurch erhielten sie ein größeres Maß an Zuwendung als ihre Mitpatienten.

Als Erfolgskriterium wurde "die Ernsthaftigkeit der postoperativen Schmerzen" bestimmt

- a) durch den Schmerzmittelverbrauch,
- b) durch die Beurteilung eines unabhängigen Beobachters und
- c) durch den Entlassungstermin.

Es ergab sich, daß die speziell betreute Gruppe vom 1. bis 5. postoperativen Tag durchschnittlich signifikant weniger Narkotika

anforderte als die Gruppe der Mitpatienten. Der unabhängige Beobachter berichtete, daß am 1. und 2. Tag nach der Operation die Testpersonen sich anscheinend besser und in einem günstigeren physischen und emotionellen Zustand befunden hätten. Sie wurden von ihren behandelnden Ärzten, die nicht wußten, wer zu welcher Gruppe gehörte, im Mittel 2.7 Tage früher nach Hause entlassen als die Kontrollpersonen.

Trotz mancher methodischer Schwächen sind die praktischen Ergebnisse beeindruckend: "Dadurch, daß wir ein aktives Placebo-Verfahren anwandten, waren wir in der Lage, die postoperativen Schmerzen zu reduzieren." Information, Instruktion und Zuwendung erleichterten und beschleunigten zusammengekommen die Phase der Rekonvaleszenz z.T. in medizinisch bedeutsamen Dimensionen (Schmerzmittelverbrauch, Aufenthaltsdauer).

Effekte auf gleichen und zusätzlichen Dimensionen (z.B. Zeitpunkt der ersten Miktion, Pulsfrequenz, Blutdruck, subjektive Schlafqualität u.a.) konnten SCHMITT und WOOLDRIDGE zeigen, die auf der Basis eines matched-pairs-Verfahrens jeweils 25 chirurgische Test- und Kontrollpatienten untersuchten. Allerdings setzten sie zur psychischen Vorbereitung ihrer Patienten Kleingruppenbesprechungen von jeweils 2 - 3 Patienten mit einer Schwester ein (SCHMITT and WOOLDRIDGE 1973).

LEIGH und Mitarbeiter vermöchten bei insgesamt 32 chirurgischen Patienten zu demonstrieren, daß eine 10-minütige persönliche Extravisite das präoperative Angsterleben im Mittel effektvoller reduzierte als das Austeilen einer gleich informativen Aufklärungsschrift (LEIGH u.a. 1977).

Diese Ergebnisse legen die Vermutung nahe, daß es nicht allein der kognitive Gehalt der Aufklärung ist, der stressmitigierend wirkt. Wichtig scheint auch der persönliche Kontakt, die menschliche Zuwendung zu sein, die adaptationstheoretisch als "soziale Unterstützung" ("social support", cf. COBB 1976) zu fassen wäre.

Dafür spricht indirekt auch die Studie von ANDREW (ANDREW 1970), die zur psychischen Vorbereitung ein Tonband einsetzte und damit weder einen kognitiven Lerneffekt noch eine für die Gesamtpatientengruppe signifikante Beschleunigung der postoperativen Rekonvaleszenz erreichen konnte. Die günstigen Effekte beschränkten sich allein auf eine Patientengruppe. Diese Patien-

ten wiesen einen besonderen "coping style", also ein abgrenzbares habituelles Bewältigungsmuster auf - es waren die mit einem Persönlichkeitstest herausgefilterten "neutral copers", Personen, die zwischen sog. "avoiders" und "sensitizers" standen.

In dieselbe Richtung deutet auch die Untersuchung von LYNCH und Mitarbeitern (LYNCH u.a. 1977; cf. LYNCH 1977). Sie betraf 225 Patienten einer kardiologischen Intensivstation (CCU), bei denen Herzfrequenz und -rhythmik vor, während und nach einer paltratorischen Pulsmessung elektrokardiographisch bestimmt wurden. Es ergab sich bei konstant bleibender Herzfrequenz eine signifikante Senkung der Häufigkeit von ventrikulären Arrhythmien, die auf einen Effekt dieser an sich minimalen (1-minütigen) Zuwendung in der beziehungssterilen Atmosphäre einer Intensivstation hinweist.

Weitere Studien zur Auftrennung und Einzelanalyse der Aufklärungsdimensionen, Zuwendung, Information, Instruktion sind mir - von einer Ausnahme abgesehen - nicht bekannt. Diese betrifft die Endoskopiestudie von JOHNSON und LEVENTHAL (JOHNSON and LEVENTHAL 1974), in der 48 Patienten vor einer Gastroskopie mit einem Tonband verschiedenartige vorbereitende Erläuterungen angeboten wurden: eine "sensory description information", die detailliert das endoskopische Vorgehen und die dadurch ausgelösten Körpersensationen zu schildern versuchte und eine Tonkassette mit "behavioral instructions" zur verhaltensmäßigen Bewältigung der Haltungs-, Schluck- und Atmungsprobleme. Die Tonbänder wurden einzeln und in Kombination gegeben und in ihren Effekten auf den akuten Tranquillantienverbrauch (mg Diazepam), die Herzfrequenz, auf willkürliche Hand- und Armbewegungen, die Häufigkeit des Würgens und auf die Passagezeit des Tubus mit einer unvorbereiteten Kontrollgruppe verglichen. Auch die Ergebnisse dieser Studie sind weniger beeindruckend: Es ließ sich vor allem in der Gruppe der unter 50 Jahre alten Patienten mit der "sensory description information" eine signifikante Einsparung von Valium erreichen sowie ein Anstieg der Herzfrequenz während der Gastroskopie vermeiden. Die Gruppe, die beiden Vorbereitungen ausgesetzt war, zeigte eine signifikante Reduktion der Häufigkeit des Würgens beim Einführen des Gastroskopes. Außerdem erhöhte

sich bei diesen Patienten die Passagezeit. Alle anderen Befunde waren insignifikant. So macht es auch diese Studie - wieder indirekt - wahrscheinlich, daß sich ohne eine persönliche Zuwendung nur geringe Effekte erzielen lassen. Die differentiellen Wirkungen eines verbesserten Tatsachen-, Erwartungs- und Handlungswissens sind gemessen daran offenbar z.T. von geringerer, z.T. noch von ungeklärter Bedeutung.

Die oben erwähnte Studie von June ANDREW (ANDREW 1970) weist ebenso wie die von Marilyn SIME (SIME 1976) auf den intervenierenden Einfluß persönlicher Reaktionsdispositionen hin. Allerdings sind auf diesem Feld die Verhältnisse noch unklarer als auf dem eben genannten. Untersucht worden sind u.a. das Ausmaß der Angstgeneigtheit, das Ausmaß der aktuellen präoperativen Angst und andere Emotionen, der psychische und/oder verhaltensmäßige Copingstil und der sog. "locus of control" sensu ROTTER (cf. JANIS 1958; WOLFER and DAVIS 1970; JOHNSON and LEVENTHAL 1971; AUERBACH 1973; COHEN and LAZARUS 1973; LOWERY u.a. 1975). Für die Haupteffekte bzw. die interagierenden Wirkungen auf postoperative Befindens- und Rekonvaleszenzindikatoren ergibt sich noch kein klares Bild.

Zwei Dinge - und damit ist gleichzeitig ein Resümee zu ziehen - sind aber sicher:

- a) Nicht alle Patienten reagieren auf die angebotene Aufklärung in der gleichen Weise. Ohne Zweifel kommt den Reaktionsdispositionen eine gewisse Bedeutung zu - besonders offenbar in den Untersuchungen, die eine unpersönlich-technische Aufklärungsstrategie gewählt haben.
- b) Der erwünschte und vorausgesagte positive Effekt wird (auch statistisch) deutlicher, wenn es zu einem persönlichen Kontakt von Arzt (oder Schwester) und Patient gekommen ist; das gilt auch für den Bereich der Kinderchirurgie (cf. SKIPPER and LEONARD 1968; WOLFER and VISINTAINER 1975).

In so angelegten Studien lassen sich immer auf fast allen gewählten Ebenen ärztliche und medizinisch bedeutsame günstige Effekte eines persönlichen Aufklärungsgesprächs demonstrieren. Aufklärung schadet also nicht - wie häufig befürchtet wird.

Sondern sie enthüllt sich im Lichte der referierten Studien als ein wesentliches Adjuvans der somatischen Therapieformen oder anders gesagt: als ein wirksames Mittel der Prävention des larvierten psychosozialen Hospitalismus.

Denn wir müssen umgekehrt folgern, daß ein zwar nicht exakt anzugebender, aber sicher gewichtiger Teil von Störungen des Wohlbefindens und der Rekonvaleszenz bei Krankenhauspatienten zurückzuführen ist auf das nachweisbare Informations- und Aufklärungsdefizit.

Diese unspezifisch-insignifikanten Störungen sind - wie oben angedeutet - in doppelter Weise verborgen:

- a) Sie erscheinen "natürlich", weil es keine direkten Vergleichsmöglichkeiten gibt. Man wird in einem Hause selten zwei Stationen nebeneinander antreffen, die sich in ihren Aufklärungsstrategien hinreichend voneinander unterscheiden, um die günstigen neben die üblichen Effekte stellen zu können. Die ausschließlich englischsprachige Literatur ist in der Bundesrepublik bisher nicht bekannt.
- b) Sie sind ohne weiteres den allfälligen Befindensstörungen der Patienten infolge der Krankheit, der Diagnostik oder der Therapie zuzurechnen. Es bietet sich, so gesehen, dann an, die seltenen Klagen und die unspezifischen Beschwerden der Patienten persönlichkeitspezifisch zu verstehen und individualpsychologisch zu problematisieren.

Einzugehen ist zuletzt noch auf ein anderes Gebiet von medizinisch relevanten Folgen einer unzureichenden und/oder für den Patienten unbefriedigenden Aufklärung. Das Stichwort heißt "compliance" bzw. "noncompliance". Dies meint eine verhaltensmäßige Konsequenz, nämlich das Nichtbeachten, Nichteinhalten der vom Arzt angeordneten oder vorgeschlagenen z.B. medikamentösen Therapie.

Daß das Wort "compliance" (Folgsamkeit) in meinen Augen gänzlich unpassend ist, sei nebenbei bemerkt. Es enthält in einem Norm und Sanktionsandrohung eines paternalistisch-autoritären Arzt-Patienten-Verhältnisses. Es berücksichtigt u.a. nicht die

adaptive Bedeutung der "non-compliance" für einen Patienten, der sich oft mit gutem Grund durch die Nichteinnahme vor gefährlichen Haupt- und Nebeneffekten einer medikamentösen Therapie schützt. So ist das Gebiet der "intelligenten non-compliance" bisher noch kaum untersucht (cf. WEINTRAUB 1976).

Dennoch bietet die Nichteinnahme von an sich wirksamen Medikamenten für die klinische Pharmakologie, die Therapieforschung, die praktische Behandlung, die Kostenseite und nicht zuletzt für das Leben des Patienten und der ihm nahestehenden Personen ein gravierendes Problem. Seine Dimensionen sind in der Bundesrepublik kaum bekannt (cf. SCHREY 1977; SCHMÄDEL 1976) und fast nicht untersucht (WEBER u.a. 1977, 1978; GUNDERT-REMY u.a. 1978)

- während es im angloamerikanischen Sprachraum neben mehreren Literaturübersichten (MARSTON 1970; BLACKWELL 1972, 1976; BAEKELAND and LUNDWALL 1975; STEWART and CLUFF 1972; STIMSON 1974; KASL 1975) schon einige ausgezeichnete Monographien bzw. Sammelbände gibt. Unter diesen sticht der von SACKETT und HAYNES ohne Zweifel hervor (SACKETT and HAYNES 1976; LASAGNA 1976; BAROFSKY 1977). Die Zahl der Originalstudien beläuft sich heute sicher auf über 500.

Um den Umfang des Problems an einem ausgewählten Beispiel zu verdeutlichen: Im Falle der rheumatoiden Arthritis hat sich ergeben,

- daß zwischen 20 % und 49 % der untersuchten Patienten ihre Medikamente nicht oder nur zum geringeren Teil eingenommen hatten (JOYCE 1962; NUGENT u.a. 1965; GEERTSEN u.a. 1973; CARPENTER and DAVIS 1976; MASON 1977),
- daß 44 % sich an einer aktiven physikalischen Therapie (unspezifizierte "Exercises") nicht oder nur teilweise beteiligt hatten (CARPENTER and DAVIS 1976) und
- daß 35 % sich in der Nacht nicht oder nur selten die verordneten orthopädischen Hilfsmittel (Schienen) angelegt hatten (OAKS u.a. 1970).

Ähnliche Ausmaße nimmt die non-compliance bei Hypertonikern, Asthmatikern, aber auch bei Patienten mit akuten Infektionskrankheiten an.

Welche Beziehungen bestehen nun zwischen Aufklärungs- und Informationsdefiziten und dem Ausmaß der non-compliance ?

Im Urteil der Patienten ist der Zusammenhang dicht: VUORI u.a. haben in einer postalischen Befragung von 330 ambulanten und 360 vorher hospitalisierten Patienten (Rücklaufquote ca. 80 %) untersucht, welchen Einfluß das kommunikative Verhalten des Arztes auf die Bereitschaft eines Patienten habe, den therapeutischen Anleitungen zu folgen. Die Patienten wurden um ihre Erfahrungen zu drei kommunikativen Problemen befragt: dem Ausmaß der krankheitsbezogenen Information, der Verständlichkeit der Sprache des Arztes und der Klarheit der ärztlichen Instruktionen. Die Patienten, die vor allem mit dem dritten bzw. mit allen drei Bereichen (Indexbildung) gute Erfahrungen gemacht hatten, zeigten sich am ehesten zur therapeutischen Kooperation bereit. Auch im Verfahren der multiplen Regression kam dem kommunikativen Verhalten des Arztes (v.a. der Klarheit seiner Instruktionen) in der Beurteilung der Patienten das relativ größte Gewicht zu - allerdings bei dem hohen Anteil "unerklärter" Restvarianz von etwa 60 %. Instrumentelle und expressive Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung erreichten nicht annähernd die Bedeutung der erfahrenen kommunikativen Qualität. Dies war bei den ambulanten Patienten noch deutlicher ausgeprägt als bei den stationären (VUORI u.a. 1972).

Für jene Patientengruppe haben auch KINCEY u.a. einen diesbezüglichen Zusammenhang sichern können: "Complete compliance being associated with complete satisfaction" (KINCEY u.a. 1975). Dabei stellte sich das Verständnis des Patienten ("comprehension") als wichtige vermittelnde Größe heraus. Je mehr die Patienten anwaben, verstanden zu haben, umso zufriedener zeigten sie sich und umso bereiter waren sie, therapeutisch mitzuarbeiten (cf. LEY u.a. 1976). Weitere Studien mit ähnlichen Ergebnissen liegen vor (DAVIS 1968; FRANCIS u.a. 1969, HULKA u.a. 1976).

SVARSTAAD hat vor allem die therapeutischen Instruktionen des Arztes in ihrem Erfolg für die Medikamenten-Compliance der Patienten genauer untersucht: Es ergab sich neben einem beträchtlichen Instruktionsdefizit (63 % der 131 Patienten erhielten nach einem Index geringe Instruktionen) ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Ausführlichkeit der Instruktionen, dem therapeutischen Verständnis der Patienten ("accurate perception of the treatment plan") und dem Ausmaß ihrer Kooperation ("rate of

behavioral conformity"): "Die Patienten, die ein hohes Maß an Instruktionen erhalten hatten, hatten im allgemeinen eine bessere Kenntnis des Behandlungsplanes als die Patienten, die wenig Instruktionen mitbekommen hatten (62 % vs. 40 %). Unter der Bedingung ausführlicher Instruktionen waren 52 % der Patienten "folgsam". Bei den Patienten, die wenig Instruktionen erhalten hatten, waren es nur 29 % (SVARSTAAD 1976, 227). Darüber hinaus konnte ein zusätzlicher positiver Effekt eines freundlich-bestimmten Verhaltens des Arztes wahrscheinlich gemacht werden. Unter diesen zusätzlichen Bedingungen (ausführliche Instruktionen und freundlich-bestimmtes "Motivieren" des Patienten) erreichte die compliance-Rate annähernd 80 %. Während also ein Einfluß fallbezogener Informationen und Instruktionen gesichert zu sein scheint, ließ sich ein Effekt krankheitsbezogener allgemeiner Informationen dagegen nicht zeigen (SACKETT u.a. 1975).

Damit lassen sich die verschiedenen Studien zu einem (z.T. noch hypothetischen) Bild zusammenfügen: Eine basale Voraussetzung für die compliance ist - ceteris paribus - eine eindeutige und vollständige kognitive Informierung und Instruierung des einzelnen Patienten. Dies hilft, die auf einem falschen oder fehlerhaften Verständnis des Therapieplans beruhenden Einnahmefehler zu vermindern (cf. "non-comprehension", PARKIN u.a. 1976). Die (selteneren) non-compliance im engen Sinne, d.h. die bewußte Nichteinnahme trotz klarer Vorstellungen scheint dagegen abhängig zu sein von der mehr emotionalen Beurteilung des Arzt-Patient-Kontaktes durch den Patienten, v.a. von seiner Zufriedenheit. In beiden Feldern - im zweiten stärker als im ersten - scheinen die persönlichkeits-, erfahrungs- und situationsbestimmten Erwartungen und Einstellungen der Patienten eine wichtige interagierende Größe zu sein (cf. BECKER 1976; STIMSON 1976; KIRSCHT 1977).

Daß dieses Bild in mehrfacher Hinsicht noch hypothetisch ist, beruht v.a. auf methodischen Schwächen der bisherigen Forschung:

- a) In den meisten der zitierten Arbeiten ist die Kriteriumsvariable, also das Ausmaß der Medikamenteneinnahme, allein durch eine Befragung der Patienten "gemessen" worden. Das ist, wie

besonders GORDIS (GORDIS 1976) herausgestellt hat, ungenügend. Denn die Diskrepanz zwischen den Ergebnissen solcher "indirekten" Bestimmungsmethoden und der direkten Messung der in Rede stehenden Substanz im Blut oder Urin des Patienten ist erheblich.

- b) Die Bestimmung des compliance-Ausmaßes beruht meist auf einer einzigen Messung zu einem beliebig ausgewählten Zeitpunkt. Verlaufsstudien sind eine große Ausnahme.
- c) Die meisten Studien sind retrospektiver Natur, wodurch die Kausalitätsbeziehungen zwischen Kriteriums- und Prädiktorvariablen verdunkelt werden.
- d) Die verschiedenen Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation, der Erfahrungen der Patienten, ihrer dispositionellen Merkmale und ihres tatsächlichen Verhaltens sind nie in einem Forschungsdesign zusammengeschlossen. So lassen sich bisher die relativen Einflüsse der einzelnen Variablen nicht abschätzen.
- e) Die Auswahl der in jede Studie einbezogenen Prädiktoren erfolgte selten theoriegeleitet. Zu häufig wurde eklektisch auf traditionelle oder naheliegende und leicht bestimmbare Merkmale zurückgegriffen.

Am Schluß dieses Kapitels ist die Frage zu behandeln, ob sich auch negative Effekte einer weitgehenden und wahrheitsgemäßen Aufklärung feststellen lassen. Ich will diese Frage zugespitzt für die Gruppe der schwer und infaust erkrankten, vor allem Karzinom-Patienten diskutieren. Das hat drei Gründe:

- a) Uns selbst stehen keine Daten zu der Frage zur Verfügung, ob auch leichter und prognostisch günstig erkrankten Patienten durch Aufklärung geschadet werden kann. Mir ist auch keine Literatur zu diesem Problem bekannt.
- b) Für diese sehr viel größere Gruppe der heilbaren oder jedenfalls nicht unmittelbar bedrohten Patienten überwiegen die subjektiven und objektivierbaren Vorteile die möglichen Nachteile offenbar so sehr, daß eine Diskussion nicht dringlich geboten erscheint. Dennoch ist im einzelnen Fall natürlich an solche negativen Konsequenzen zu denken.

- c) Gerade für die kleine Gruppe der oben genannten Patienten scheint sich das Problem besonders dringlich zu stellen. So existiert eine weitläufige ärztlich-deontologische Literatur, die mit verschiedenen Überlegungen (cf. ANSOHN 1975, 24 ff.) den MIKOREY'schen Gesichtspunkt einer "moralischen Schweigepflicht" (MIKOREY 1955, 954), der sog. *pia fraus* zu stützen versucht (cf. v.KRESS 1960; HOFF 1974, 1975; WACHSMUTH 1976; KUHLENDahl 1978). Diese Haltung steht bekanntlich mit den hippokratischen Maximen im Einklang (s.o.S. 39).
- Ein Argument ist dabei, daß "genug Fälle bekannt (sind), wo der Betroffene unter dem Eindruck der Mitteilung Selbstmord beging" (MILLER 1955, 961). Oder "das Wissen um eine bald zum Tode führende Krankheit mit der Befürchtung eines qualvollen Siechtums ist nicht ganz selten der Anlaß zur Selbsttötung" (v.KRESS 1972, 15).

Von EISELSBERG berichtet eine in Diktion und erzählerischen Mitteln typische Geschichte: "Im Jahre 1868 kam ein wegen seiner Tapferkeit im Kriege mehrfach ausgezeichnete Oberst in Uniform zu BILLROTH in die Klinik und erbat sich von ihm die volle Wahrheit über seine Erkrankung. Er habe im Felde dem Tod oft ins Auge gesehen und sei auf das Schlimmste gefaßt. BILLROTH klärte daraufhin nach gründlicher Untersuchung den Oberst über die krebssige Natur seines Zungenleidens auf. Der Kranke empfahl sich unter aufrichtigen Dankbarungen, verließ das Zimmer und stürzte sich sofort vom Gangfenster des ersten Stockes herab, wobei er sich tödlich verletzte und heinahe einen Assistenten der Klinik erschlagen hätte" (v.EISELSBERG 1941, 459).

Unzweifelhaft haben sich ähnliche Fälle ereignet. Allerdings halten nicht alle Berichte einer sorgfältigen Nachprüfung stand (OKEN 1961, 1126). Auffällig ist, daß die meisten Erzähler Fälle (häufig über Soldaten, Priester o.ä.) schildern, von denen sie - oft aus dem Munde klinischer Autoritäten - gehört, die sie selbst aber nicht erlebt haben.

Es stellen sich also die Fragen, ob

- a) Suizide bei Krebspatienten gehäuft auftreten und
- b) ob ein Zusammenhang zwischen wahrheitsgemäßer Aufklärung und suizidaler Reaktion wissenschaftlich zu sichern ist.

Dabei wird zu berücksichtigen sein, daß bösartige Neubildungen und Suizide heute (1976) in der Bundesrepublik mit 232 bzw. 22 Sterbefällen pro 100.000 Einwohner sehr unterschiedlich häufige Todesursachen darstellen und daß nach den Untersuchungen von GILBERTSEN und WANGENSTEEN, CARTWRIGHT u.a., McINTOSH und WITZEL nur max. 1/3 der Patienten nicht über die Krankheit und ihre Ernsthaftigkeit informiert ist (GILBERTSEN and WANGENSTEEN 1962: max. 14 %; CARTWRIGHT u.a. 1973: 34 % im Urteil der Hinterbliebenen; McINTOSH 1977: 12 %; WITZEL 1976: 23 %). Der Rest wußte um oder befürchtete offen die ernste Natur der Krankheit - gleichgültig, ob jemand "intentional" aufgeklärt hatte oder nicht. Das weist auf eine "funktionale" Aufklärung infolge von Verhaltensänderungen der Ärzte, Schwestern, Mitpatienten und Angehörigen sowie infolge der Selbstwahrnehmung der fortschreitenden Krankheit hin, die nicht verkannt und unterschätzt werden darf.

Die nur spärlichen Untersuchungen zu unserem Problem gestatten eine vorläufige, keine definitive Antwort auf die beiden o.g. Fragen:

ad a):

WEISMAN kommt in einem Übersichtsreferat zu dem Schluß, daß der "Suizid eine seltene, aber statistisch signifikante Strategie (ist), um mit der karzinomatösen Erkrankung fertig zu werden" (WEISMAN 1976, 314). Krebspatienten haben offenbar eine stärkere Tendenz zu suizidalen Phantasien, Plänen, begonnenen und vollendeten Handlungen als andere Patienten bzw. gesunde Personen. Wenn der Suizid vollendet wird, dann offenbar öfter zu Hause als im Krankenhaus, denn Suizide (und Suizidversuche) sind in der Klinik extrem selten und betreffen kaum jemals Karzinompatienten. Sie geschehen meist impulsiv, ohne ein erkennbares präsuizidales Syndrom, angeblich häufiger aus Wut als infolge einer Depression (REICH and KELLY 1976).

Auf der anderen Seite versucht oder begeht die ganz überwiegende Zahl der Krebspatienten keinen Selbstmord, so daß die Frage auftaucht, welche Patienten ein besonders hohes Risiko tragen. WEISMAN kommt zu dem Schluß, daß die Persönlichkeit des Patienten die entscheidende Rolle spielt; suizidale Karzinompatienten neigten im besonderen Ausmaß zu den Bewältigungsstrategien der

Verdrängung, Leugnung und Vermeidung. Sie fühlten sich besonders ohnmächtig und isoliert.

ad b):

Ob solche Gefühle begünstigt oder gefördert werden durch eine wahrheitsgemäße Aufklärung ist eine Frage, die allem Anschein nach mit Nein beantwortet werden muß.

Denn eine überwiegende Mehrzahl von Krebspatienten, sowohl von "geheilten" (93 %) als auch von im Leiden fortgeschrittenen (87 %), sah vor allem Vorteile darin, über die Krankheit informiert zu sein (GILBERTSEN and WANGENSTEEN 1962, 84/85; s.o.S. 92). Weder AITKAN-SWAN und EASSON noch STEVENS u.a. noch GERLE und Mitarbeiter fanden gehäufte psychopathologische Reaktionen bei den Patienten, die sie von sich aus aufklärten (AITKAN-SWAN and EASSON 1959), denen sie die Krankenakte zu lesen gaben (STEVENS u.a. 1978) oder die sie aufgeklärt vorfanden (GERLE u.a. 1960). Auch die extremen Erfahrungen von IMBUS und ZAWACKI (IMBUS and ZAWACKI 1977) mit Verbrennungspatienten zeigen, daß Todkranke die Wahrheit ertragen und nutzen können - jedenfalls dann, wenn sie in einer mitmenschlich zugewandten, warmen und offenen Atmosphäre mitgeteilt wird (cf. VETTESE 1976; HOLAND 1976; BREWIN 1977; Literaturübersicht bei McINTOSH 1974, 174/175).

Zuletzt sei noch auf die Erfahrungen von Elisabeth KÜBLER-ROSS hingewiesen, die sich seit Jahren mit schwer- und todkranken Patienten beschäftigt hat. Dies wäre nicht möglich gewesen, ohne aufrichtig und wahrhaftig auch die Diagnose und Prognose der Krankheiten mit einzubeziehen. Sie berichtet, daß sie "bei über 800 todkranken Patienten ... außerordentlich selten einen Selbstmordversuch erlebt" habe. "Wir kennen nicht viele Fälle, in denen ein Patient im Anfangsstadium seiner Erkrankung Selbstmord zu begehen versucht oder wirklich begeht. Es geschieht sehr viel öfter im Endstadium der Krankheit ...". Sie faßt zusammen: "Viele Ärzte haben große Bedenken, ihre Patienten über den Ernst ihrer Erkrankung zu informieren, weil sie fürchten, der Kranke könnte an Selbstmord denken, wenn er die Wahrheit erfährt. Wir können diese Vermutung aber nicht bestätigen: Patienten, denen man behutsam erklärt, daß sie schwerkrank sind,

denen man aber gleichzeitig Hoffnung läßt, sind imstande, die schlimme Nachricht mit mehr Fassung hinzunehmen, als wir ihnen im allgemeinen zutrauen" (KÖBLER-ROSS 1974, 55-57).

Damit ergibt sich eine empirische, allerdings nur massenstatistische Wahrscheinlichkeit dafür, daß die Mitteilung der Wahrheit, jedenfalls sehr viel seltener als befürchtet, zu andauernden psychopathologischen und vor allem suizidalen Reaktionen führt. Im Gegenteil scheint sie häufig der einsamen Verzweiflung vorzubeugen. Diese Einsicht hilft im Einzelfall wenig und sie löst auch nicht die mit der Aufklärung verbundenen praktischen Probleme. Sie erlaubt es allerdings, die Akzente anders zu setzen und die Frage zu stellen, ob eine strikte oder gedankenlose Informationsbegrenzung oder -kontrolle in der Regel nicht mehr schaden als nützen.

Diesen Aspekt habe ich für die große Gruppe der heilbaren Patienten anhand zweier ausgewählter Beispiele unter der Fragestellung des psychosozialen Hospitalismus erwachsener nichtpsychiatrischer Krankenhauspatienten ausführlich diskutiert. Es hat sich ergeben, daß ein Aufklärungs- und Informationsdefizit offenbar für die Mehrzahl der Patienten zu medizinisch- und ärztlich unerwünschten Stress- und Distressreaktionen führt und/oder daß es die Möglichkeit und Bereitschaft der Patienten zur therapeutischen Kooperation nicht stärkt, sondern aller Wahrscheinlichkeit nach ernsthaft behindert.

5. Einige Gründe des Informations- und Aufklärungsdefizites aus medizinsoziologischer Sicht

Im vorletzten Abschnitt hatte ich versucht, verschiedene Indikatoren eines Informations- und Aufklärungsdefizites der Krankenhauspatienten darzustellen. Es erhebt sich die Frage, was die überraschend große Kluft zwischen Sollen und Sein, zwischen mannigfach begründetem Anspruch auf Aufklärung und dem unzweifelhaften Defizit bedingt.

Der Medizinsoziologie als einer speziellen Soziologie ist es aufgegeben, die strukturellen Bedingungen dieser Kluft aufzuklären. Individualpsychische Voraussetzungen fallen aus dem Bereich ihrer Zuständigkeit dann heraus, wenn sie sich nicht als individuelle Realisation (DURKHEIM sagt Inkarnation; DURKHEIM 3. 1970, 107) von kollektiven systematischen Einstellungs- und Handlungsmustern begreifen lassen.

Zu den strukturellen Momenten rechne ich "soziale Tatsachen" dreier verschiedener Ebenen:

1. Der Ebene der zur sogenannten klinischen Mentalität verfestigten Einstellungsstrukturen (cf. "institutionelle Ideologie" McINTOSH 1974, 171),
2. der Ebene der bewußtlos tagtäglich vollzogenen Handlungsroutinen (DURKHEIM nennt das zusammen "die sozialen Überzeugungen und Gebräuche", DURKHEIM 3.1970, 99);
3. der Ebene der organisatorisch-baulichen Strukturen des Krankenhauses.

Alle die diesen drei Ebenen zuzurechnenden Phänomene stellen objektive soziale Gebilde dar, die eine bedeutende, aber unterschiedliche Unabhängigkeit von den jeweiligen Akteuren besitzen; die also auch dann fortbestehen, wenn die Handelnden wechseln. Das u.a. macht ihren Charakter als soziale Tatsachen aus. Sie sind den Individuen vorgegeben, sind ihnen äußerlich, führen ein unabhängiges Leben und drängen sich ihnen doch auf; sie sind widerständig, sind mit Macht und Autorität ausgestattet, und sie wandeln sich doch. Diese "Erfindungen der Gesellschaft" (POPITZ 2. 1968, 19) sind von DURKHEIM bekanntlich "faits sociaux"

(auch "Institutionen") genannt worden. Der Begriff Institution ist gerade in der neueren amerikanischen Wissenssoziologie wiederbelebt worden und von mir zur Analyse des Krankenhauses genutzt worden (BERGER und LUCKMANN 2.1971, 49 ff.; RASPE 1976a).

Ich sehe keinen Sinn darin, mich zur Betrachtung der "strukturellen Momente" (ROHDE 1973) auf eine einzige Ebene, z.B. die der Organisation festlegen zu lassen oder einer Ebene a priori das Primat zuzusprechen. Auch wenn man vermuten kann, daß die drei Ebenen verschiedene Gewichte haben, so wissen wir weder historisch noch für die heutige Zeit genug, um diese quantitativ auszudrücken. Es muß zur Zeit die Aussage genügen, daß diese drei Ebenen sich wechselseitig durchdringen und stützen, so daß letztlich die heutige Praxis der Nichtaufklärung sozial überdeterminiert erscheint:

Sie wäre allein, um ein Beispiel zu geben, durch mangelndes Eingestelltsein auf die Aufgabe der Patientenaufklärung zu erklären. Und doch wäre, wenn dieser Faktor sich bei den Personalmitgliedern geändert hätte, nicht alles gewonnen, solange die durchschnittliche Visite (um ein Beispiel der zweiten Ebene zu geben) weiter so abläuft wie es heute der Fall ist. Und auch das zu ändern, würde nicht genügen, wenn Arzt und Schwester aus arbeitsorganisatorischen Gründen täglich wechseln würden (organisatorische Ebene).

Dem Sachverhalt angemessen ist - forschungsmethodisch gesprochen - ein multivariates Modell, wie es WAITZKIN und STOECKLE (WAITZKIN and STOECKLE 1971, 1976) als "multivariate research model of the information process in medical care" (WAITZKIN and STOECKLE 1976, 266) vorgeschlagen haben. Die Autoren haben als unabhängige Variablen: Arztmerkmale, Patientenmerkmale und situative Merkmale in ihre Erhebung einbezogen. Ich habe die Ebene des Patienten, seiner Einstellungen und seines Verhaltens fortgelassen und die Ebene der Situationsmerkmale aufgeteilt. Denn wie die beiden Autoren bin ich der Meinung, daß die Ärzte-merkmale, d.h. bei mir die Einstellungs- und Handlungsstrukturen, und die Organisationsmerkmale "die größte erklärende Kraft haben werden" (WAITZKIN and STOECKLE 1976, 270). Denn es ist offensichtlich, daß der Betrieb und das Personal sich weit stärker den Patienten assimilieren, als daß dieser seine Situation

aushandeln oder selbst gestalten könnte. Natürlich sind sein Verhalten und seine Einstellungen von Bedeutung; aber die sozialen Gewichte sind zwischen individuellem Patienten und bürokratischer Organisation doch so ungleich verteilt, daß man z.B. die durchschnittliche Scheu des Patienten, sich zu artikulieren, nicht gut als unabhängige wesentliche und weitreichende Erklärung für das beobachtete Informationsdefizit gelten lassen kann.

Ganz abgesehen davon wird der individuelle Patient am schwersten zu beeinflussen sein, es sei denn, es gelänge seine soziale Position systematisch zu verstärken. Dies muß wieder durch Eingriffe auf der zweiten oder dritten Ebene geschehen. Das bedeutet, daß die o.g. Unterscheidung auch unter praktischen Gesichtspunkten getroffen ist. Sie nennt Eingriffsmöglichkeiten, die dann genutzt werden können, wenn man das Aufklärungs- und Informationsdefizit verringern und die Kontroll-, Wahl- und Mitsprachechancen der Patienten erhöhen sowie die klinischen Möglichkeiten der Aufklärung nutzen will.

Leider wird in der folgenden Darstellung eine starke und sachlich nicht zu rechtfertigende Bevorzugung der ersten beiden Ebenen nicht zu vermeiden sein. Unsere eigenen Forschungsergebnisse lassen es nicht anders zu. Die organisatorischen Strukturen blieben in den bisherigen Untersuchungen weithin eine terra incognita. Ein fruchtbarer Ansatz besteht - wie SIEGRIST gezeipt hat (SIEGRIST 1978) - darin, von den Struktur- und Funktionsprinzipien ärztlich-klinischer Arbeit auszugehen. Diese Arbeit hat sich in Übereinstimmung mit einer rein naturwissenschaftlichen Krankheitsauffassung eine baulich-materielle und organisatorische Form gegeben, die die psychosozialen Bedürfnisse der Patienten ausblenden, psychosoziale Zusammenhänge zerreißen und den Patienten fragmentieren ließ (cf. COE 1970).

Am augenfälligsten sind in diesem Sinn die seit der Geburt des Krankenhauses zunehmende Arbeitsvermehrung und -ausdifferenzierung, Arbeitszergliederung und Arbeitsverteilung. Es wird immer weitläufiger und immer differenzierter diagnostiziert, therapiert und gepflegt. Die Arbeit wird auf immer mehr Spezialdisziplinen, Spezialberufe und Spezialisten - auf immer mehr

Schultern verteilt. In das Krankenhaus ist Hand in Hand mit der biomedizinischen Technik eine industrielle Arbeitsweise eingezogen, so daß funktionale Arbeitsteilung und repetitive Teilarbeit eine bedeutende Rolle spielen.

Die Zahl der im Akutkrankenhaus tätigen Ärzte hat sich von 1965 bis 1975 ebenso wie die der Pflegepersonen und des medizinisch-technischen Personals etwa verdoppelt. Dabei sind die relativen Anteile der höchstqualifizierten Fachärzte und Pflegepersonen mit 3-jähriger Ausbildung rückläufig (Fachärzte von 57 % auf 45 %, Pflegekräfte von 80 % auf 70 %; siehe dazu RASPE 1976c).

Während am Baum der Spezialisierung die Krone - sich immer rascher verzweigend - schnell wächst, bleibt ein breiter Stamm anspruchsloser und zuverlässig routinisierbarer Teiltätigkeiten zurück, der dem geringer bzw. nur mäßig qualifizierten Personal (oder zum kleineren Teil technischen Apparaturen wie z.B. Monitoren) übertragen werden kann. Dieses Personal führt seine Arbeit zwar an und mit dem Patienten aus, ist aber in keiner Weise motiviert, vorbereitet oder qualifiziert, eine auch psychosoziale Probleme umfassende Pflege und Behandlung bereitzustellen. Damit ist das Problem der funktionsmäßigen Arbeitsteilung und Arbeitsverschiebung berührt.

Ebenso wie diese stellt die mengen- und zeitmäßige Arbeitsteilung (z.B. durch Schichtdienste im medizinisch-technischen, ärztlichen und pflegerischen Arbeitshereich) die ernste Frage nach Integration und Kontinuität von Behandlung und Pflege. Denn eine wesentliche Voraussetzung einer patientenzentrierten Behandlung, auch der Aufklärung und Informierung des Patienten, ist eine zeitliche und personelle Kontinuität, die alle Aspekte der Krankheit in einer oder einigen wenigen bedeutsamen Personal-Patient-Beziehungen zeitlich integrieren läßt.

Ich muß mich an dieser Stelle mit diesen wenigen Andeutungen begnügen; sie sollen einen Weg anzeigen. Weder vermögen sie das Feld auch nur annähernd zu umreißen, noch seine Tiefe aufzuzeigen. Sie nehmen - genau wie der Abschnitt über die bürokratische Organisation des Krankenhauses - das auf, was an der Oberfläche sichtbar ist.

Ich wende mich jetzt der erstgenannten Ebene, nämlich den Einstellungsstrukturen von fertigen und angehenden Ärzten zu.

5.1. Die Einstellungen von Krankenhausärzten, vorklinischen Medizinstudenten und Pflegepersonen zur Patientenaufklärung

Eigene Befunde

Das Datenmaterial stammt aus den Studien II, III und IV. In den beiden zuerst genannten befragten wir 1973 27 und 1976 26 Stations- und Zweitärzte der in die Untersuchung einbezogenen Stationen. Die Ergebnisse in den verschiedenen Krankenhäusern und zu den beiden Erhebungszeitpunkten sind erstaunlich homogen. Das berechtigt, sie, wo immer das durch übereinstimmende Frageformulierungen möglich ist, zusammenzufassen. Über die Befragung der Medizinstudenten im Winter 1977/78 (Studie IV) ist im Gang (s.u.S. 218) das Nötige gesagt. Die Literatur ist wie bisher in die Diskussion eingearbeitet.

Um die Einstellungen der Krankenhausärzte zur Patientenaufklärung für bestimmte inhaltliche Bereiche zu explorieren, baten wir sie 1973 und 1976:

"Bitte geben Sie für folgende Bereiche an, ob Sie Ihre Patienten eher vollständig oder eher mit bestimmten Einschränkungen aufklären?"

Der Fragetext für die Medizinstudenten war ihrer Situation durch den Einschub: " - wenn Sie im Krankenhaus tätig wären - " und durch die Formulierung: ".. aufklären würden" angepaßt. Die 119 Pflegepersonen (Studie II) wurden gebeten anzugeben, "ob ein Arzt die Patienten Ihrer Meinung nach in den folgenden Punkten nach Möglichkeit aufklären sollte." Die Ergebnisse sind der Abbildung 19 zu entnehmen.

Eine Ausnahme der o.g. Homogenität der Ergebnisse bilden die Antworten auf die Frage nach den ärztlichen Aufklärungsintentionen bezüglich des Themas: Diagnose, Art und Entstehung der Krankheit. 1973 waren acht für und neunzehn gegen, 1976 siebzehn für und neun gegen eine eher vollständige Aufklärung in diesem Punkt.

Abbildung 19: Aufklärungsintentionen von Ärzten, Medizin-
studenten und Pflegepersonen

"Bitte geben Sie für folgende Bereiche an,
ob Sie Ihre Patienten eher vollständig
oder eher mit bestimmten Einschränkungen
aufklären (bzw. aufklären würden)":

	Stations- ärzte (N = 53)	vorklinische Medizinstud. (N = 233)	Pflege- personen (N = 119)
über ...	"eher vollständig"		
die diagnost. Maßnahmen	83 %	91 %	90 %
die therapeut. Maßnahmen	76 %	94 %	92 %
die Diagnose	47 %	82 %	67 %
die Prognose	13 %	32 %	45 %

Es zeigen sich einerseits in jeder Personalgruppe deutliche Unterschiede zwischen den Antworttendenzen zu den 4 Themenbereichen - andererseits zeigen sich Unterschiede zwischen den Gruppen.

In jeder Gruppe läßt sich eine Abnahme des Anteils derjenigen, die eine Aufklärung befürworten, von den Themen Diagnostik/Therapie zu den Themen Diagnose/Prognose feststellen; er ist bei den Ärzten am deutlichsten, bei den Pflegepersonen weniger ausgeprägt.

Vor allem soll die Aufklärung über die Prognose/Lebenserwartung in allen drei Gruppen deutlich anders behandelt werden: nur 13 % der Ärzte gaben an, ihre Patienten auch hierüber "eher vollständig" aufzuklären; der diesbezügliche Anteil der Studenten lag bei 32 %; er ist dem der Pflegepersonen nahe, die vom Arzt eine solche Aufklärung erwarten. Dennoch sind die Unterschiede zwischen den drei Gruppen signifikant (in jedem Fall: $p < 0.02$), soweit man das bei so unterschiedlich großen, zu verschiedenen Zeiten befragten Stichproben gültig sagen kann.

Deutlich unterschiedlich ist zwischen Ärzten und Studenten auch der Anteil derjenigen, die in keinem der vier Bereiche eine Einschränkung machen wollten: er betrug bei den Ärzten etwa 10 %, bei den Studenten 23 %.

Ärzte und Studenten haben wir, wenn sie wenigstens einmal "mit Einschränkungen" angekreuzt hatten, gefragt, wovon sie die Einschränkungen im allgemeinen abhängig machen wollten. Wir gaben die umstehend aufgeführten Items vor und baten, die drei subjektiv wichtigsten Kriterien anzukreuzen.

Abbildung 20: Aufklärungseinschränkende Patientenmerkmale in der Sicht von Ärzten und Medizinstudenten

	Ärzte (N = 53)		Studenten (N = 233)	
	n	Rang	n	Rang
Alter der Patienten	7	6	53	4
Intelligenz	18	3,5	35	6
psychische Labilität	32	2	161	1
Prognose	41	1	83	2
soziale Herkunft	1	8	8	8
Kooperationsbereitschaft	18	3,5	49	5
Informationsbedürfnis	14	5	72	3
anderes	2	7	19	7
	133	(144)	480	(504)

Die Zahlen in der letzten Zeile unter dem Strich geben die Summe der tatsächlich erhaltenen Antworten und - in den Klammern - die (aus der mit 3 multiplizierten Anzahl der tatsächlich Befragten berechnete) erwartete Antworthäufigkeit wieder. Die Differenz ist dadurch entstanden, daß nicht alle Ärzte und Studenten sich an die Instruktionen gehalten haben, drei Möglichkeiten auszuwählen. Die Abweichungen sind nicht gravierend, vor allem dann nicht, wenn man nur die ersten drei Rangplätze betrachtet:

- Ärzte:
1. Prognose
 2. psychische Labilität
 3. Kooperationsbereitschaft/Intelligenz
- Studenten:
1. psychische Labilität
 2. Prognose
 3. Informationsbedürfnis

Wieder zeigen sich Gemeinsamkeiten und Unterschiede: Beide Gruppen stellen, in unterschiedlicher Reihenfolge, die gleichen Merkmale obenan. Das eine ist krankheitszentriert (Prognose), das andere impliziert eine Forderung an den Patienten (psychische Labilität). Das Merkmal "soziale Herkunft" wird übereinstimmend an die letzte Stelle gesetzt.

Deutlich unterschiedlich ist zwischen beiden Gruppen die dritte Position: Die Ärzte haben wieder zwei Items auf diesen Rang gehoben, die einen eindeutigen Forderungscharakter haben; die Studenten eines, das man als patientenzentriert bezeichnen könnte: das Informationsbedürfnis des einzelnen Patienten. Dieses rangiert bei den Ärzten erst auf Platz 5. Für sie läßt sich das Ergebnis zugespitzt so formulieren: Wenn ein Patient nicht leicht erkrankt ist, wenn er psychisch nicht stabil, nicht intelligent und kooperationsgeneigt ist, dann ist die Chance für ihn größer, "eher mit Einschränkungen" informiert zu werden.

Unterschiede zwischen Ärzten und Studenten bestehen offenbar in der Meinung darüber, wie das "allgemeine Informationsbedürfnis der Patienten bezüglich ihrer Krankheit" einzuschätzen sei. Leider haben wir nur Daten von den 26 Ärzten der Studie III. Zum Vergleich sind Daten aus einer neuen Befragung von 107 Schwesternschülerinnen aller Kurse einer größeren hessischen Krankenpflegeschule hinzugefügt, die im Winter 1977/78 im Rahmen einer medizinischen Dissertation durchgeführt wurde (PETSCH 1978).

Abbildung 21: Allgemeine Informationsbedürfnisse von Patienten in der Sicht von Ärzten, Medizinstudenten und Schwesternschülerinnen

	Ärzte (N = 26)	Studenten (N = 233)	Schülerinnen (N = 107)
sehr hoch	8 %	43 %	38 %
ziemlich hoch	62 %	51 %	48 %
ziemlich niedrig	31 %	6 %	9 %
sehr niedrig	-	0,4%	4 %

Ebenso deuten sich Differenzen darüber an, in welchen inhaltlichen Bereichen die Patienten nach Meinung der drei Gruppen besonders hohe Informationsbedürfnisse haben:

Abbildung 22: Inhaltsbezogene Informationsbedürfnisse von Patienten in der Sicht von Ärzten, Medizinstudenten und Schwesternschülerinnen

"Worüber, meinen Sie, wollen die Patienten am weitgehendsten aufgeklärt sein ? (Bitte die beiden Ihrer Meinung nach für die Patienten wichtigsten Bereiche ankreuzen !")

	Ärzte (N = 26)	Studenten (N = 232)	Schwestern- schülerinnen (N = 107)
Ziele diagnostischer Maßnahmen	7	31	14
Diagnose, Art und Entstehung der Krankheit	12	129	41
Prognose/Lebens- erwartung	4	119	65
voraussichtliche Aufenthaltsdauer	18	111	56
	53 (52)	470 (464)	206 (214)

Die Zahl der tatsächlichen Nennungen weicht von der zu erwartenden wieder etwas ab; auch hier wurde von manchen die Instruktion nicht korrekt beachtet.

Vergleicht man (Abbildung 23) die Ergebnisse der Ärzte und Medizinstudenten mit den Angaben der Patienten (Studie III; s.o.S. 81), dann ergeben sich in der folgenden Übersicht beeindruckende Differenzen zwischen den Rangreihen:

Abbildung 23: Inhaltsbezogene Informationsbedürfnisse im Vergleich Patienten-Medizinstudenten-Ärzte (vgl. Abb. 22)

	Patienten (N = 88)	Studenten (N = 233)	Ärzte (N = 26)
Prognose	1	2	5
Diagnose	2	1	2.5
Diagnostik	3	5	4
Therapie	4	4	2.5
Aufenthaltsdauer	5	3	1

Die statistische Überprüfung der drei Rangreihenpaare mit dem Spearmanschen Rang-Korrelationskoeffizienten gibt folgende Ergebnisse (SACHS4.1974, 309/310):

Patienten - Studenten: $r_s = 0.50$

Patienten - Ärzte : $r_s = -0.78$

Studenten - Ärzte : $r_s = 0.08$

Ein bei zweiseitiger Fragestellung signifikanter (inverser) Zusammenhang besteht nur im zweiten Fall. Interessanter ist, daß die Rangreihen zwischen Patienten und Studenten einander ähnlich, die von Patienten und Ärzten aber voneinander (signifikant) verschieden sind. Die der Ärzte ist beinahe eine Umkehrung der Rangreihe der Patienten !

Diskussion und Literaturübersicht:

Auch wenn die empirische Basis für die folgenden Überlegungen noch gering ist (das betrifft insbesondere die Stichprobengröße bei den Ärzten), so verdient doch das Folgende festgehalten zu werden:

Die Studenten sind den Patientenangaben, ich meine: der Patientenwirklichkeit bedeutend näher als die von uns befragten Ärzte. Sie sind aber stärker von dem entfernt, was sie als eigene Aufklärungsintentionen angegeben haben. Die Rangkorrelation zwischen beiden Reihen: eigene Intentionen vs. Patientenbild betragen bei den

$$\begin{array}{llll} \text{Studenten} & r_s & = & - 0.68, \text{ bei den} \\ \text{Ärzten} & r_s & = & + 0.08. \end{array}$$

Bei den Ärzten ist das Bild über Ausmaß und Inhalte der Informationsbedürfnisse der Patienten den eigenen Intentionen also bedeutend näher. Die bei den Studenten durch das negative Vorzeichen sich ausdrückende Spannung ist gemindert - nicht dadurch, daß die eigenen Intentionen erweitert sind, sondern dadurch, daß das Patientenbild verändert ist.

Ist also die Hypothese gänzlich abwegig, daß die ärztliche Tätigkeit und Weiterbildung zu einer diese Spannung mildernden Blindheit führt, für die die Realitätserfahrung anscheinend eine immunisierende Funktion hat ?

Die Vermutung sei noch durch einen Befund gestützt:

Schon bei den Studenten hat sich ein schwacher, aber signifikanter Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Patienteninformationsbedürfnisse und den eigenen Aufklärungsintentionen ergeben:

Wer in keinem der fünf inhaltlichen Bereiche eine Einschränkung machen will, der schätzt die Informationsbedürfnisse der Patienten vergleichsweise hoch ein und vice versa (s. Abbildung 24):

Abbildung 24: Zusammenhang von Einschränkungen in der eigenen Aufklärung und der Einschätzung der Informationsbedürfnisse der Patienten bei Medizinstudenten

	Informationsbedürfnisse der Patienten		
	sehr hoch	geringer	
keine Einschränkung	32 (59 %)	22 (41 %)	54 (100 %)
1 - 5 Einschränkungen	66 (38 %)	109 (62 %)	175 (100 %)
	98	131	119

$$\text{Chi}^2 = 6.97; \text{df} = 1; p < 0.01$$

Ich möchte diese Ergebnisse bisher nur als eine empirisch gestützte Hypothese über die "deformation professionelle" gelten lassen; die Einwände sind noch zu gewichtig, die Datenbasis ist zu schmal und unsicher. Das betrifft einmal Stichprobengröße und -repräsentativität; zum anderen den Umstand, daß wir nicht eine Kohorte zu verschiedenen Zeiten, sondern in verschiedenen Studienjahren und -orten ausgebildete Personen zu annähernd einem Zeitpunkt befragt haben.

Wir wissen auch wenig darüber, wie sich Aufklärungsintentionen in anderen Berufs- und Personengruppen darstellen. Einiges spricht dafür, daß die von den Ärzten und Studenten gezeigte Zurückhaltung bezüglich der prognostischen Information ein universelleres Phänomen darstellt, das sich bei all jenen Personen finden läßt, die im Augenblick selbst nicht krank, nicht Patient sind (s.o.S. 96 : Differenz zwischen dem Patienten in seiner Krankheit und allen anderen Personen).

Doch halten wir uns an die sichereren Befunde: Ein Eingestelltsein auf die Aufgabe der Patientenaufklärung ist bei den Ärzten, vor allem was die "gefährlichen" Themen: Diagnose und Prognose angeht, nur selten ausgebildet. Dazu scheinen solche ärztlichen common-sense-Konstrukte über die Patienten, wie z.B.

"psychische Labilität", "Kooperationsbereitschaft" oder "Intelligenz", eine handlungsleitende Rolle zu spielen. Darin wird eine besondere Blindheit sichtbar: Es ist doch sicher, daß die Kooperationsbereitschaft und -fähigkeit der Patienten wenigstens zu einem guten Teil (s.o.S. 141) abhängt von dem Ausmaß ihrer Informierung und Instruierung durch den Arzt. Umgekehrt gesehen schließt sich die Beziehung zwischen Kooperation bzw. Kooperationsbereitschaft und Aufklärung bzw. Information allein zu einem *circulus vitiosus*, der beide, Arzt und Patient, in wechselseitigen Mißverständnissen und Vorwürfen bestärken muß.

Von erheblicher Bedeutung für die Immunität ärztlicher Einstellungs- (und Handlungs-)Strukturen scheint mir die Tatsache zu sein, daß der Arzt derjenige ist, der die genannten Kriterien nicht nur aufstellt und nach ihnen verfährt - sondern er urteilt auch darüber, inwieweit ein Patient sie erfüllt oder verfehlt: Er ist Legislative, Judikative und Exekutive in einer Person !

Es kommt hinzu, daß bei vielen Ärzten ein spezifisches Verkennen dessen festzustellen ist, wieviel und was im einzelnen Patienten wissen wollen. Die Medizinstudenten sind den Patientenangaben hier ebenfalls "noch" (?) bedeutend näher.

Es ist die polemische Frage gestattet: "Who is really ignorant - physician or patient ?" (McKINLAY 1975). Denn der Befund, daß viele Ärzte die Interessen und auch das medizinische Wissen ihrer Patienten falsch einschätzen, ist häufiger erhoben worden (s. Übersicht bei McKINLAY 1975).

Auch läßt sich in der Literatur absichern, daß die Ärzte in der Mehrzahl nicht bereit sind, v.a. ihre schwerkranken Patienten wahrheitsgemäß aufzuklären:

GOSTOMZYK und Mitarbeiter führten zu diesem Thema eine schriftliche Befragung bei 2160 Ärzten mit Kassenzulassung im Bereich der KV Koblenz und Neustadt an der Weinstraße durch. 50 % der in freier Praxis oder im Krankenhaus tätigen Ärzte antwortete (N = 1082).

Es zeigte sich, daß (überraschend) 71 % der Ärzte der Meinung waren, daß "meine Patienten" aufgeklärt zu werden wünschen; 74 % äußerten ihre Zustimmung zu der Feststellung: Eingehende

Aufklärung verbessert das Patient-Arzt-Verhältnis". 85 % gaben an, daß sie ihren Patienten die geplante Therapie in großen Zügen (64 % auch bezüglich häufiger Komplikationen) darlegen würden und daß sie (89 %) "bei einem leichten Befund" diagnostisch informieren würden. Bei einer "unheilbaren progredienten Krankheit" bzw. einem "bösartigen Tumor" wollen jedoch nur noch 11 % bzw. 9 % die Diagnose mitteilen. Allerdings klären fast alle befragten Ärzte in solchen Fällen die Angehörigen auf. Es ergab sich in dieser Befragung weiter, daß die Ärzte zu 78 % der Meinung waren, daß "die Aufklärungspflicht ganz in das Ermessen des Arztes gestellt werden" sollte. 79 % hielten "das Wohl des Patienten für wichtiger als seine Entscheidungsfreiheit". (GOSTOMZYK u.a. 1973)

Auch aus den USA liegen ähnliche Daten vor.

OKEN fand bei einer Befragung von 219 Ärzten des Michael Reese Hospitals in Chicago, daß 88 % ihren Krebspatienten die entsprechenden Informationen in der Regel vorenthalten. "Fragen eines Patienten werden fast immer ignoriert und für eine dringende Bitte um Beruhigung gehalten, wenn sie nicht immer wieder vorgetragen und als "wirkliches Wissen-Wollen" wahrgenommen werden. Die überwiegende Mehrheit dieser Ärzte meint gefühlsmäßig, daß fast alle Patienten nicht wirklich Bescheid wissen wollen - gleichgültig was sie sagen (OKEN 1961, 1123).

Die Nähe dieser Befunde zu dem JASPERS'schen Satz: "Der Kranke will auch, wenn es ernst wird, es gar nicht wissen. Falls er das Gegenteil sagt, begehrt er die Beruhigung, nicht die Wahrheit" (JASPERS 1954, 154), ist unübersehbar. Das heißt aber, daß ein Patient sich in einer unkontrollierbaren Situation befindet: Er kann sagen, was er will; die Reaktion des Arztes ist immer die gleiche; denn dieser weiß ja, was "der Patient" "eigentlich" will. JASPERS sagt wenig später: "Anspruch auf Wahrheit hat nur der Kranke, der fähig ist, die Wahrheit zu ertragen und mit ihr vernünftig umzugehen" - es läßt sich fortsetzen: Auf wen das zutrifft, das entscheide ich, der Arzt.

OKEN vertritt unter der Überschrift: "experience vs. emotion" die Ansicht, daß es nicht die klinische Erfahrung sein kann, die für diese Einstellung maßgebend ist: Ältere Kollegen ver-

hielten sich nicht anders als jüngere; und die Erinnerungen an Depressionen oder sogar Suizide nach einer wahrheitsgemäßen Aufklärung stellten sich nicht als besonders zuverlässig heraus.

Eine frühere schriftliche Befragung von 444 niedergelassenen Ärzten verschiedener Spezialdisziplinen im Gebiet von Philadelphia ergab einen mittleren Prozentsatz von 69 % für die geschilderte zurückhaltende Aufklärungspolitik (FITTS and RAVDIN 1953, 902) - bei außerordentlichen Unterschieden zwischen den einzelnen Spezialisten. Je häufiger und enger die Vertreter einer Disziplin mit Krebspatienten mit infauster Prognose zu tun hatten, umso restriktiver handhabten sie ihren Angaben nach die Aufklärung.

In den USA haben sich die Gewichte inzwischen sicher verschoben, wie die o.g. Befunde von PECK und BOLAND (PECK and BOLAND 1977) und von MITCHELL und GLICKSMAN (MITCHELL and GLICKSMAN 1977) zeigen (s.o.S. 118). Für die Bundesrepublik habe ich keine Angaben gefunden, die hierzu eine Aussage erlaubten. Wir selbst haben zwischen 1973 und 1976 keine Proportionsänderungen in den Antworten zu der Frage sehen können, ob die Ärzte ihre Patienten für den Bereich der Prognose/Lebenserwartung eher vollständig oder mit bestimmten Einschränkungen aufklären:

Ärzte zur Aufklärung über die Prognose/Lebenserwartung der Krankheit

	eher vollständig	eher mit Einschränkung	
1973	3	24	N = 27
1976	<u>4</u>	<u>22</u>	N = 26
	7	46	

So gesehen stehen wir heute offenbar (noch ?) an der Stelle, die für die USA Anfang der 60er Jahre gegolten hat.

Aus zwei neueren deutschen Veröffentlichungen können wir mittelbar ableiten, wie die Informationsbedürfnisse der Patienten aus ärztlicher Sicht hierzulande beurteilt werden:

Von 800 1972 befragten Ärzten stimmten den folgenden Aussagen zu (KOCH 1975, 15/16):

"Am liebsten sind mir Patienten, die nicht ständig Fragen stellen"	53,1 %
"Es sind im Grunde nur wenige Patienten, die ein echtes Bedürfnis nach Diskussion über Diagnose und Therapie haben"	59,8 %
"Der Patient erwartet, daß der Arzt Fragen stellt und nicht umgekehrt"	74,2 %

DEPNER (DEPNER 1974, 54 ff.) fragte 1968 250 Ärzte und Medizinstudenten u.a.:

"Bekanntlich gibt es Patienten, die bei einer Behandlung nach genauen Erklärungen fragen und solche, die die Angaben des Arztes ohne weiteres akzeptieren. Welche Patienten würden Sie lieber behandeln?"

Die folgende Übersicht orientiert über seine Ergebnisse (Prozentangaben):

	Studenten 1. u. 2. Semester	Studenten 10. Sem.	Ärzte in Uni- Kliniken	Ärzte u. MA im Kkh	nieder- gel. Ärzte	Zu- sammen
Fragende Patienten	62	62	59	41	46	54
Akzeptie- rende Patienten	16	20	13	34	32	22
Kein Un- terschied	22	18	29	25	22	23

Es ist erstaunlich, daß zusammengekommen 54 % der Befragten angaben, es lieber mit fragenden Patienten zu tun zu haben. Die Vermutung des Autors, er habe hier das Phänomen der sozialen Wünschbarkeit miterhoben (DEPNER 1974, 56), scheint mir nicht fehlzugehen. Dieser Befund verträgt sich nicht gut mit den

meisten, die andere und wir selbst bisher erhoben haben. So hat z.B. CARTWRIGHT in einer Befragung von niedergelassenen Ärzten festgestellt, daß der Anteil der Konsultationen, die die Ärzte als sehr zufriedenstellend beurteilt hatten, umso niedriger ist, je mehr Fragen der Patient während des Kontaktes gestellt hatte. Bei keiner oder einer Frage der Patienten wurden 50 % der Kontakte als sehr zufriedenstellend beurteilt, bei 2 oder 3 Fragen waren es 38 % und bei 4 oder mehr nur noch 24 % (CARTWRIGHT 1976, 30).

In Übereinstimmung mit unseren Ergebnissen zeigt aber die Tabelle von DEPNER, daß sich deutliche, wenn auch nicht signifikante Unterschiede zwischen den verschiedenen Gruppen aufweisen lassen. Am deutlichsten ist der Unterschied zwischen Medizinstudenten und Ärzten in größeren Akutkrankenhäusern. Diese Ärzte scheinen auch das relativ geringste Interesse an einer offenen Arzt-Patient-Beziehung zu haben.

Zusammenfassung:

Gerade die o.g. Befunde von KOCH (KOCH 1975) verdeutlichen noch einmal, was ich mit dem Wort Einstellungsstrukturen gemeint habe: Die in mehreren für den Patienten wichtigen Bereichen gering ausgebildeten Aufklärungsintentionen (extrem für den Bereich der Prognose speziell bei infaust erkrankten Patienten) sind verbunden mit weiteren Vor-Urteilen, Vor-Verständnissen, deren Basis offenbar nicht die bewußt und offen erlebte Patientenrealität, d.h. also "Erfahrung" in einem naiv-empirischen Sinne sein kann. Sie sind verbunden zum einen mit einem Urteil über das Ausmaß und die Inhalte der Informationsbedürfnisse der durchschnittlichen Patienten, einem "Wissen" um das, was ein Patient "im Grunde" oder "eigentlich" möchte. Als drittes Element sind commonsense-Konstrukte hinzugefügt, nach denen Patienten danach beurteilt werden, ob sie "eher vollständig" oder "eher mit Einschränkungen" aufgeklärt werden können. Diesem kommt eine besondere strategische Bedeutung zu. Sie vermögen die Nichtaufklärung dadurch zu legitimieren, daß sie Vorleistungen von den Patienten fordern, die diese in der Regel nicht erbringen können. Sei es, daß es keine Gelegenheit gibt, seine Intelligenz, psychische Stabilität oder Kooperationsfreude

zu zeigen - sei es, daß - umgekehrt - die Aufklärung selbst eine Voraussetzung zu dem geforderten Verhalten darstellt, wie es für die Kooperation der Patienten in einem therapeutischen Bündnis empirisch belegt ist.

Diese verschiedenen Einstellungselemente gehören also zusammen, fügen sich zu einem schwer angreifbaren Muster und machen das aus, was man als klinische Mentalität bezeichnen könnte.

In ihr sehe ich einen Grund für das geschilderte Informations- und Aufklärungsdefizit der Patienten.

5.2. Der Einfluß ärztlicher und pflegerischer Handlungs- routinen am Beispiel der Stationsarztvisite

Es böte sich an, zwischen den gerade geschilderten Einstellungsstrukturen des ärztlichen Personals und ihren im Krankenhaus zu beobachtenden Handlungsrouinen eine unmittelbare Verbindung herzustellen; Verhalten also als "inkarnierte" Einstellung aufzufassen. Doch ruht diese oft vollzogene und sich tatsächlich oft aufdrängende Verknüpfung auf Unterstellungen, die fragwürdig sind. Wir ziehen es vor, beide Ebenen für sich gelten zu lassen und jeder von ihnen eine eigene Wirklichkeit und Wirksamkeit zuzusprechen.

Weder die Unterstellung einer monokausalen Beziehung Einstellung → Verhalten bzw. wenigstens einer Vorgängigkeit der Einstellungen, noch die Unterstellung einer notwendigen Konkordanz von "innerer" Einstellung und "äußerem" Verhalten, noch die Unterstellung der Durchsetzbarkeit und Realisierbarkeit jeder Einstellung in jeder sozialen Situation sind bei genauer Betrachtung zu halten. Ich wies schon darauf hin, daß Veränderungen der einen (z.B. Einstellungs-)Ebene nicht notwendig und automatisch von Änderungen auf anderen Ebenen (z.B. soziales Verhalten) gefolgt sein müssen.

Eigene Befunde

Verhalten geschieht in vielfach determinierten sozialen Situationen. Für unser Thema von unmittelbarer Bedeutung ist die

tägliche Situation der Stationsarztvisite.

Das ist zu begründen: Gespräch und Aufklärung können nur in gemeinsamer Anwesenheit von Arzt und Patient stattfinden, nur dann, wenn beide sich vis-à-vis gegenüberstehen - wenn wir davon ausgehen, daß andere Medien (Broschüren, Tonbandkassetten, Fernsehlehrprogramme) und andere Personen (Schwestern, Mitpatienten, Angehörige) heute für die Aufklärung (noch ?) von untergeordneter Bedeutung sind.

Die Visite nun ist die einzige täglich wiederkehrende gemeinsame Situation von Arzt und Patient:

70 % der von uns in Studie II befragten Patienten gaben an, daß es außer der Visite überhaupt keine anderen Gelegenheiten zu einem Gespräch mit dem Stationsarzt über für sie wichtige Dinge gegeben hätte. Die 61 Patienten, die "andere Gelegenheiten" nannten (25 %), hatten sich diese meist selbst verschafft: sie hatten den Arzt auf dem Flug angehalten, ihn bei Punktionen, Extrauntersuchungen oder Blutabnahmen angesprochen oder in seinem Zimmer aufgesucht.

Um dieser Frage noch auf eine andere, zuverlässigere Weise nachzugehen, haben wir in Studie III jeden Patienten am Abend jedes Tages gefragt:

"War der Arzt oder einer seiner Kollegen heute außerhalb der Visite noch bei Ihnen gewesen ?"

Wir haben 83 % aller rund 1000 Aufenthaltstage der 67 Patienten auf diese Weise erfaßt. An 151 Tagen (18 %) kam es zu zusätzlichen Arzt-Patient-Kontakten. D.h. im Mittel hatte jeder Patient 2.2 solcher Möglichkeiten - bei einer durchschnittlichen Aufenthaltsdauer von 15 Tagen. 8 Patienten gaben an, keine einzige solcher zusätzlichen Gesprächsgelegenheiten gehabt zu haben.

Zusammengenommen bedeuten diese Befunde, daß wir uns mit einigem Recht auf die Visite als die herausragende gemeinsam geteilte Situation von Arzt und Patient konzentrieren können. An dieser einen Situation werden wir exemplarisch einen Ausschnitt der verfestigten Handlungsrouninen: nämlich das sprachliche Verhalten vor allem des Arztes in seiner Beziehung zum Patienten näher untersuchen.

In Studie II hatten wir den Patienten die Frage gestellt:

"Können Sie sich an eine Visite erinnern, bei der Sie mit dem Doktor etwas gesprochen haben, was Ihnen besonders wichtig erschien?"

46 % (109 Patienten) konnten sich an wenigstens eine solche Visite erinnern. 50 % (118 Patienten) vermochten das nicht - für die Zeit bis zum Tag des Interviews, im Mittel dem 21. Aufenthaltstag. 40 von diesen hatten ihren Angaben nach kein Interesse an einem solchen Gespräch. Der Prozentsatz der latent und unartikulierte Gesprächsbedürftigen beträgt nach dieser Frage also (78 von 235) 33 %. Es ist für unsere Diskussion weiter von Bedeutung, daß von den genannten 109 Patienten 2/3 den Arzt von sich aus angesprochen hatten.

Insgesamt war es also in weniger als der Hälfte der Fälle zu einem oder mehreren bedeutsamen Visitengesprächen gekommen; von diesen war nur etwa ein Drittel vom Arzt initiiert worden. Am häufigsten ging es den Patientenangaben nach um Ursachen, Symptome und Befunde der Krankheit, am zweihäufigsten um den Krankheitsverlauf und die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt.

Zu diesen Erfahrungen der 1973 befragten Patienten fügen sich die Angaben der 67 1976 untersuchten (Studie III): Am Ende des letzten Interviews kurz vor ihrer Entlassung stellten wir ihnen nach einem etwas längeren Vorspann die Fragen:

"Kann er (ein Patient) auch einmal Probleme zur Sprache bringen, die mit den alltäglichen Visitengesprächen nicht unmittelbar etwas zu tun haben?"

nein	25	37 %
ja, mit Einschränkungen	25	37 %
ja, unbedingt	10	15 %
w.n., k.I.	<u>7</u>	10 %

"Ist die Visite eher eine Gelegenheit, wo mit dem Patienten gesprochen wird oder eher eine Situation, wo über ihn gesprochen wird?"

eher mit ihm	13	19 %
eher über ihn	41	61 %
beides gleich	11	16 %
w.n., k.I.	<u>2</u>	3 %

67

Schon in Studie II zeigte sich allein ein Drittel (N = 213) der Patienten davon überzeugt, daß der Arzt käme, um einen persönlichen Kontakt herzustellen, um Vertrauen und Sicherheit einzuflößen und Fragen zu beantworten: "Daß der dem Patienten Mut macht, ihn unterrichtet über den Krankheitszustand" - "Daß er sich Zeit nimmt für die Patienten, Fragen stellt, sich fragen läßt." (Unsere damalige Frage lautete: "Was, meinen Sie, ist für Ihren Stationsarzt das Wichtigste bei der Visite?").

Soweit seien die doch ziemlich eindrücklichen und gleichförmigen Eindrücke der Patienten geschildert. Man muß sich fragen, wie es zu solchen Eindrücken kommen kann: Wie läuft eine Visite in der Regel ab?

Um das zu veranschaulichen, will ich zuerst den Text einer Visite hier darstellen und ausführlich besprechen.

Diese Visite wurde am 29.3.1973 im Rahmen der Studie II von mir auf einer internistischen Frauenstation der allgemeinen Pflegeklasse eines südwestdeutschen Kreiskrankenhauses aufgenommen.

Die 66-jährige verwitwete Patientin war am 24.3.1973 zur diagnostischen Abklärung rechtsseitiger Oberbauchbeschwerden aufgenommen worden. Sie wurde vom Arzt als mittelschwer erkrankt eingeschätzt; ihr wurde aufgrund einer komplizierenden Herzinsuffizienz und eines Lungenemphysems eine mittlere Prognose quoad vitam gestellt. Es war für sie die zweite Visite, bei der ein Kleintonbandgerät (Sony TC 55) mitgeführt wurde. Anwesend waren neben der Patientin: Dr. L., der Stationsarzt;

Schwester Ch., die Stationsschwester und ich. In dem betreffenden Zimmer lagen noch zwei weitere Patientinnen. Ich gebe alles das so genau wie möglich wieder, was auf der Visite gesprochen und auf Tonband festgehalten wurde, - allerdings ohne die verbalen und paraverbalen Gesprächselemente auch nur annähernd mitteilen zu können (cf. STEINMANN u.a. 1978).

Insgesamt wurden von Arzt, Patient und Schwester im Laufe der ca. 2,5 Minuten dauernden Visite 80 "Sätze" gesprochen. Die Zahlen am rechten Seitenrand geben die durchlaufende Satznummerierung wieder. Die über die Seiten gezogenen Querstriche trennen verschiedene "Gesprächssequenzen" voneinander. Die 24 Sätze, die ich als "Initiative" gewertet habe (s.u.), sind besonders durch Kreuze ("x") am Satzanfang gekennzeichnet. Ein Schrägstrich in einer Zeile ("/") markiert die Stellen, an denen die nächstgenannte Person zu sprechen anfängt. Die folgende Abbildung gibt den Text wieder:

Abbildung 25: Ein Visitingespräch eines Arztes, einer Schwester und einer internistischen Patientin

Seite von 29. 3. 1977

L. (Stationsschwester), Schwester Ch. (Stationsschwester)
Arzt A. (Arzt)
Zeit: 2 min 12 sec

1. Geh...

... halt immer noch ein wenig etwas noch, ich hab
die letzte Zeit fast nichts gemacht, weil ich
sich selbst von der Gallensteine und jetzt
trümmert. A blüht in der Formel

... wissen Sie, um die Bilder melandert sind? Ich
denke, das, von Frau Sch. Oder von der
zum Malen noch mal ...

... von der HEP ...

... te Bilder vielleicht oben.

... war vorwärts, ist der Mann gemacht werden.
... te ähnlich von mal die Gallensteine haben.
... und LHM ...

... western, ne? (zu P) * Was ist western nach-
... in Western, nicht?

... war ich / oben ...

... richte, zu A) * Ja, ja, ist die LHM noch ne-
... ch wenn der ...

... richte! * Frau Sch., der Mann ist in Ordnung

... schwert, keine, kein / Deutsche.

... ein? Ich weiß nicht, um das herum, also
... Das ist mir ein Problem, daß ich immer die
... an bringe, daß ich halt immer immer
... das mal die Hilfe oder der Mann ...

- 2 -

Ar (unterbricht) * Die Wiesen werden auch nochmal
verfotet.
(kurze Pause)

P: * Und ich lass halt, daß das, die ... die ganze
Geschichte von Wiesen her kommt.

Ar Das ist ja heute eröffnet worden, oder / western,
nicht?

P: (synchro) * Western war sie eröffnet.

P: (synchro) Western, also ...

Ar (unterbricht) Das werden wir morgen wissen.

P: Ist wahr?

Ar * Und das EXG ist erheblich besser geworden.

P: Ist wahr?

Ar: Ne.

P: Ja, / so ist es schon ein wenig besser. * Aber ...

Ar (synchro zu P) * Sie hatte ne salvenartige
Entzündung.

P: ... * so ist mir halt einfach Übel und weh / tut es ...

Ar (synchro) ... (l. Anteil unverständlich) das
liest auch an Details. Sie hat auch noch ein Block
ersten Grades.

P: ... * und so abste und, bin erad so ...

Ar (unterbricht) Heute hat sie noch ne Anämie mehr, ist,
Schwester Ch., nicht?
(Mittelinlinie redet im Hintergrund, mit P)

P: * Heute - heute hat sie keine mehr, sie hat heute
ne Tablette mehr.

Mittelinlinie (zu P) * Doch hat sie ne Paracetamol mehr,
neil?

P: Das Wasser ... (Wort unklar)

P: (zu Mittelinlinie) Nein, Blut abnehmen.

Mittelinlinie: Ah, Blut ...

P: (zu Mittelinlinie) * Holen Sie Sch. oder W?

- 3 -

Mittelinlinie: Ich heiße W...

Ar (unterbricht) Also, wir sprechen mit der Frau Sch.

Ar * Ich würd ihr morgen nur eine Tablette Novinal
geben ...

P: Ne.

Ar ... oder heute nur eine und dann morgen zwei.

P: Ja, ist gut.

Ar Nicht? Denn die hat einen AV-Block ersten Grades
mehr und sicherlich nur deswegen ist ihr auch
Übel.

P: Ne. * Das war mir, ich hatte das vornehmlich,
wissen Sie, weil Sie erst gesagt haben, ein weil
ab 29. Nur eine haben ...

Ar: Ne.

P: Und dann hatte ich das schon unverschrieben, aber
ich hab gestern die Schrift schon unverschrieben.

P: Ja, gut.

(Pause)

Ar * Was macht ihr Mutter, Frau Sch.?

P: Also, ich, es, es ist ein bißchen besser, aber noch
was ist es noch nicht.

Ar * Rufen Sie mal!

P: (Rufen)

Ar Hal richtig, / kräftig!

P: (Ruft ein) Es kommt also, / es kommt also ...

P: (synchro zu A) * Abends, besonders abends ...
(Gedanken unverständlich)

P: ... ich muß halt husten, bis ein bißchen Schlimm
kommt. / und dann ist es halt wieder besser.

P: (synchro zu A) * So haltsuchen ist das einstehen.

P: (zu A) Ne ist es, wie ein Haltsuchen, weil?

P: (zu A) * (Satz über ein verabschiedetes Medikament
unverständlich)

Ar: (zu S) Gut.

Immer dann, wenn man sich auf das unmittelbare Arzt-Patient-Gespräch konzentriert, ist die Gefahr groß, das "soziale Substrat", die sozialen Materialien zu vergessen (cf. RASPE 1978d), aus denen diese (und jede andere) Visitensituation sozusagen geschneidert ist. Ich will an wichtigen sozialen Voraussetzungen und Randbedingungen dieser Visite hier festhalten:

1. Patientin, Arzt und Schwester waren in dieser Situation zusammengeschlossen, ohne sich gewählt zu haben. Die Patientin hätte ebenso gut ein anderes benachbartes Krankenhaus aufsuchen können. Sie wäre, wenn sie ein Mann gewesen wäre, in diesem Krankenhaus auf eine andere Station, d.h. zu einem anderen Arzt und anderen Pflegepersonen gekommen; ja, wenn am 24.3.1973 auf dieser Station gerade ein Bett in einem der "mittleren" Zimmer frei gewesen wäre, dann wäre sie von einem Medizinalassistenten unter der weiteren Obhut eines Oberarztes und von der Schwester E. betreut worden. Hier hat also ein vielfältiger Zufall gewirkt.

(Es sei angemerkt, daß in neuerer Zeit, jedenfalls in Großstädten, Bestrebungen dahin gehen, über einen sog. zentralen Bettennachweis "eine bessere und gleichmäßigere Ausnutzung der Krankenhäuser" zu versuchen (BERGER 1977, 25), d.h. für den Patienten: die Zufälligkeiten weiter zu erhöhen und dem Schein der Wahl endgültig abzuhelpfen.)

Ebenso zufällig, wenn auch langfristiger, sind natürlich Schwester und Arzt aneinander geraten. Hätten wir die Aufnahme zwei Monate später gemacht, dann wäre Dr. L. in der Röntgenabteilung tätig gewesen und ein anderer hätte die Visite geführt.

2. Visitenkontakte sind insgesamt gesehen ein knappes Gut. Ein durchschnittlicher Krankenhausaufenthalt dauert heute etwa 16 Tage. Ziehen wir Aufnahme- und Entlassungstag sowie zwei Sonntage ab, dann bleiben insgesamt 12 solcher Gesprächsmöglichkeiten für einen Patienten mit "seinem" Arzt übrig - wobei die anders gearteten Oberarzt- und Chefarztvisiten nicht berücksichtigt sind. Diese Patientin hatte allerdings eine Aufenthaltsdauer von mehr als 25 Tagen.

3. Die gesamte Visitenzeit war für die ersten fünf hintereinander zu besuchenden Dreibettzimmer grob vorgegeben: Die Visite konnte erst nach der Ärztebesprechung und nach dem Frühstück der Schwestern etwa gegen 9.15 h anfangen, und sie konnte nicht gut länger als bis 10.30 h dauern, denn der Arzt mußte noch mit einer anderen Schwester (Schwester E.) bei 8 weiteren Patienten in zwei Zimmern am Ende des Flurs Visite machen; die Stationsschwester war etwa ab 10.30 h durch das bevorstehende Austeilen des Mittagessens blockiert. Damit war die durchschnittliche Bruttovisitendauer pro Patient auf ca. 5 Minuten festgelegt; was dem einen Patienten darüber hinaus zukam, ging einem anderen verloren. Für die Nettovisitenzeiten am Bett der Patienten sind auch die vielfältigen Störungen einer Visite, die Wege und die Flurgespräche "extra muros" zu berücksichtigen.
4. Der junge, in einer internistischen Facharztausbildung stehende Arzt mußte an diesem Vormittag nicht nur eine, sondern insgesamt 23 (15 + 8) Patientinnen betreuen. Bei der aufgezeichneten Visite waren nicht nur er und die Patientin Sch., sondern noch die ca. 45-jährige Stationsschwester und zwei weitere Patientinnen sowie meine Person unvermeidlich anwesend.
Ein dyadisches Beziehungsmodell ist also nicht angemessen. Sinnvoll ist es, wenigstens von einer Triade, nämlich der von Arzt-Patient-Schwester auszugehen, um die herum sich noch ein mehr oder weniger großes Auditorium gruppiert. Dieses besteht in der Regel (aber nicht in diesem Fall) allein aus Patienten, die zu einer "sozialen Zwangsgruppe" (ENGELHARDT 1971, 22) zusammengewürfelt sind; in diesem Zimmer aus Frau B. und Frau W.: Frau B. war seit dem 21.3. im Krankenhaus und lag zuerst in einem anderen Zimmer; Frau W. war schon seit dem 13. des Monats hospitalisiert. Die erste war 57, die zweite 77 Jahre, unsere Patientin, Frau Sch., 66 Jahre alt. Die ältere der beiden Mitpatientinnen war schwerer und prognostisch wahrscheinlich infaust erkrankt.
5. Nicht ohne Einfluß waren auch die von Arzt und Schwester mitgeführten Gegenstände: Der Arzt trug und handhabte die

ca. 30 x 50 cm große Kurve incl. Krankenakte, die Schwester hielt ihr Dokumentationssystem - eine Cardex-Mappe. Eine Rolle spielte auch das Stethoskop des Arztes.

6. Alle drei Patientinnen dieses Zimmers lagen wartend im Bett. Arzt und Schwester traten heran, standen am Bett und wandten sich wieder ab. Damit waren Aktivität und Passivität und damit globale Steuerungschancen a priori ungleich verteilt.

Kommen wir auf die Visite selbst zurück: Wie bei den meisten Visitengesprächen, so beginnt auch in diesem Fall der Arzt: Er stellt eine offene Frage. Diese wird von der Patientin mit einer Klage über ihre anscheinend seit längerem gestörte Befindlichkeit beantwortet. Sie verstummt mitten in ihrem zweiten Satz; es entsteht eine Pause: der Arzt hat sich der Kurve zugewandt. Das Rascheln ist auf dem Tonband deutlich zu hören. Damit ist die 3 Sätze umfassende Eröffnungssequenz, das erste direkte Arzt-Patient-Gespräch abgeschlossen.

Eine neue Sequenz beginnt damit, daß der Arzt sich wegen eines organisatorischen Problems von sich aus an die Schwester wendet: er sucht Röntgenbilder. In diesem 17 Sätze dauernden Abschnitt kommt die Patientin vor allem in der 3. Person Singular vor. Es wird über sie, genauer über ihre Röntgenbilder, nicht mit ihr gesprochen. Der diesbezügliche Dialog Arzt-Schwester wird von der Schwester nur einmal kurz durch eine an die Patientin gerichtete Initiative geöffnet: "Waren Sie gestern nochmal oben im Röntgen, nicht ?" Von der Antwort interessiert vor allem das: "Ja, ja...".

Als die Patientin mehr dazu sagen will, wird ihr dies als überflüssig quittiert dadurch, daß der Arzt von sich aus ein neues Thema beginnt: er informiert die Patientin über einen Röntgenbefund. Diese dritte Sequenz umfaßt 19 Sätze, von denen mehrere als Initiative zu werten sind: Jene des Arztes, in denen er das Gespräch auf erhobene (EKG) und noch zu erhebende (i.v.-Pyelogramm) Befunde lenkt, jene der Patientin, mit denen sie ihre Befindensstörungen und ihre eigenen ätiologischen Vorstellungen mitteilen will. Die Schwester schaltet sich in diesen Dialog, dem sichtlich kein gemeinsames Aufmerksamkeitszentrum

zugrunde liegt, einmal (und wie man sagen muß: unnötigerweise) ein: sie nimmt ungefragt etwas vorweg, was die befragte Patientin selbst im gleichen Augenblick sagt.

Obwohl die Patientin dreimal wieder ansetzt, um das Gespräch in ihrem Sinne zu beeinflussen, eröffnet der Arzt mit einer erneuten Wendung an die Schwester (stellvertretend für einen auf vielen Stationen üblichen Kollegen) die vierte Sequenz dieses Gesprächs, in dem die Patientin wieder eine marginale Rolle spielt, nur in der 3. Person Singular behandelt wird und in dem Arzt und Schwester sich dialogisch austauschen. Lassen wir die eingeschobene Sequenz (Sätze 50 - 57) einen Augenblick außer Acht, dann umfaßt dieser vierte Abschnitt 22 Sätze mit 2 Patienten -, einer Schwester- und 2 Arztinitiativen. Thematisch geht es um eine Digitalistherapie und ihre möglichen Nebenwirkungen.

Inhaltlich bemerkenswert ist der Satz 63, in dem der Arzt die Übelkeit der Patientin ganz auf die mögliche Digitalisüberdosierung schiebt, obwohl die Befindlichkeitsstörungen viel diffuser (Angst, Übelkeit, Schmerzen, Müdigkeit) zu sein scheinen und offenbar auch schon ins Krankenhaus mitgebracht worden sind.

Besondere Aufmerksamkeit verdient auch die kurze eingeschobene Sequenz, die mit einer Initiative der älteren Mitpatientin, Frau W., beginnt: Sie will offenbar Frau Sch. oder dem Arzt (?) beispringen. In der scharfen Reaktion der Schwester auf diesen Versuch wird zweierlei deutlich: Einmal verteidigt die Schwester aggressiv die Fiktion eines abgeschlossenen Dreiergesprächs, die Fiktion einer Klausur von Arzt, Patient und Schwester - bei einem Thema, das eine Verhandlung vor und mit anderen durchaus zuließe. Es ist also nicht eine mit einem bestimmten heiklen Thema verbundene Taktlosigkeit der Frau W., die sanktioniert wird, sondern die lebendige, offenbar gutgemeinte Intervention einer Person, die - ob sie es wollte oder nicht - zum Augen- und Ohrenzeugen des Gesprächs gemacht worden ist. Die Visite soll, gegen jeden Anschein, einen intim-vertraulichen Besuch fingieren. Wer - spontan und naiv wie der Junge in "Des Kaisers neue Kleider" - diese Fiktion in Frage stellt, wird zurechtgewiesen - von der Schwester, der

Wächterin über die Verhaltensnormen.

Zum anderen schlägt sich die Schwester mit dem Wörtchen "wir (sprechen mit der Frau Sch.)" eindeutig auf die Seite des Arztes. Ich habe oben gesagt, daß man die Visite als triadisch bestimmte Situation auffassen muß: Normalerweise schließt sie Angehörige wenigstens dreier sozialer Kategorien zusammen. Eine "Dreizahl von Elementen" erlaubt ganz besondere Konfigurationen (SIMMEL 5.1968, 73 ff.): Der Dritte - und von der Idee des dyadischen Arzt-Patient-Verhältnisses her ist die Schwester der Dritte - der Dritte kann als Dolmetscher, als ein Unparteiischer auftreten; er kann der lachende Dritte sein, er kann der herrschende Dritte (qua divide et impera) werden. Er kann dauerhafte Bündnisse oder flüchtige Koalitionen eingehen. Hier hat sich der letzte Fall ergeben: Die Schwester hat sich mit dem Arzt zu einem "Wir" verbündet, das sich dem einzelnen Patienten gegenüberstellt; und sie hat gleichzeitig eine Assoziation auf jener Seite, ein "Wir" der Patientin verhindert. In dem Augenblick, in dem sich dieses "Wir" von Arzt und Schwester wieder zu einer Zweizahl von Elementen dissoziiert, werden Konflikte in dieser Dyade deutlich (s. Sätze 57 ff.); gleichzeitig verschwindet im Dialog Arzt-Schwester der Patient als Person: Die Benutzung der 3. Person Singular ist ein zuverlässiger Indikator solcher Gesprächsabschnitte.

Die letzte fünfte Sequenz (11 Sätze) dieser Visite ist weniger übersichtlich, weil der vom Arzt initiierte Dialog mit dem Patienten bald von der Schwester aufgebrochen wird. Sie erläutert dem Arzt die Art der Patientenbeschwerden, obwohl der Patient selbst gefragt war. Und sie gibt der Patientin ein Stichwort ("Reizhusten"), mit dem diese zuletzt versucht, ihre Symptome dem Arzt deutlich zu machen.

Die Visite findet keinen formalen Abschluß. Sie endet damit, daß der Arzt sich von Frau Sch. ab- und sich dem Bett der Frau W. zuwendet.

Um Ablauf und Struktur dieser Visite darzustellen, habe ich die Begriffe: Satz, Initiative, Sequenz und gemeinsames Zentrum der Aufmerksamkeit eingeführt und bin von der Untersuchung jeweils dialogischer Passagen: Arzt-Patient, Arzt-Schwester

ausgegangen. Bisher habe ich mir die Sache dadurch leichtgemacht, daß ich Begriffe und Vorgehensweise exemplarisch im Vollzug eingeführt habe - ohne sie ausdrücklich zu definieren.

Was als "Satz" gilt, ist bereits 1974 von J. SIEGRIST, M. BEGEMANN-DEPPE und mir nach gemeinsamen Diskussionen in einer Liste von Kriterien festgelegt worden (SIEGRIST u.a. 1964, Anhang 8). Dieses Konzept ist im Kern bis heute nicht verändert, an der Peripherie um einige Präzisionen bereichert worden; es hat bereits eine methodische Grundlage für zwei Dissertationen abgegeben (BEGEMANN-DEPPE 1978; URBAN 1978). Die Interraterreliabilität erreichte auch mit ungeübten Beurteilern immer Werte, die höher als 90 % (Bruttoübereinstimmung) lagen.

Als "Initiativen" bezeichne ich alle jene Sätze, mit denen eine Person 1. das Gespräch eröffnet oder ausdrücklich beendet oder 2. sich aus einem (Zwie-)Gespräch von sich aus einer neuen Person zuwendet oder 3. sich als Dritter in ein laufendes (Zwie-)Gespräch von "außen" einschaltet oder 4. in einem (Zwie-)Gespräch mit einer anderen Person von sich aus ein selbstgewähltes Thema neu beginnt. Dabei zählen wir jeden Teil einer unterbrochenen (und dennoch wieder aufgenommenen) Initiative für sich. Ihre Anzahl gibt also eine Schätzung der Gesprächsaktivität einer Person. Diese Definition der Initiative versucht so formal wie möglich zu sein, um das Problem der Bestimmung eines Themenwechsels in den Hintergrund treten zu lassen. Dazu ist die Unterstellung dialogischer Grundkonfigurationen erforderlich. Wenn wir die 24 in der angeführten Visite identifizierten Initiativen genauer anschauen, dann folgen 8 (in den Sätzen 2, 24, 28, 29, 35, 39, 65, 72) dem Kriterium des Themenwechsels. Die anderen ergeben sich nach den Kriterien 1 - 3.

Ein "Zwiegespräch" kann sein entweder eine beliebig viele Sätze umfassende, an andere gerichtete Passage eines und desselben Sprechers mit der Möglichkeit nicht nur eines Adressaten oder Themas, oder eine wenigstens zwei Sätze umfassende Passage zweier Gesprächspartner, die sich im Sprechen abwechseln.

Der Begriff "Sequenz" bezeichnet längere Gesprächspassagen, die mit einer (Thema-)Initiative beginnen, sich auf ein Thema

beziehen und meist (aber nicht immer) einen von einem Dritten gestörten oder nicht gestörten Dialog umfassen. Ebenso wie der Begriff Themenwechsel scheint mir der Begriff Sequenz selbst-evident zu sein.

Das Konzept eines "gemeinsamen Aufmerksamkeitszentrums" stammt aus einer psychiatrischen Tradition und wurde in den 60er Jahren vor allem von WYNNE und SINGER (z.B. SINGER and WYNNE 1965, WYNNE 1968) ausgearbeitet, um Transaktionsstörungen, d.h. vereinfacht: einen formal wie inhaltlich verwirrten bzw. verwirrenden Gesprächsverlauf in Familien mit einem schizophrenen Mitglied zuverlässig diagnostizieren zu können. Man erhoffte sich davon eine pathogenetische Herleitung der Denk- und Kommunikationsstörungen des schizophrenen Patienten selbst: Schizophrenes Denken sollte aus "schizophrenogener" Kommunikation (WYNNE) der Eltern bzw. der ganzen Familie hergeleitet werden. Das "concept of shared focal attention" diente als Folie für eine sog. "rhetoric of confusion" (WENDER 1967) und half, Kataloge von dialogischen Kommunikationsstörungen aufzustellen; mit diesen sollten Qualität und Ausmaß einer behinderten Aufmerksamkeitszentrierung in der Gruppe bestimmt werden (z.B. "attention scale", MORRIS and WYNNE 1965).

WYNNE und SINGER haben zur Stützung dieser pathogenetischen Hypothese beeindruckende empirische Befunde vorgelegt; insofern ist ihr Konzept dem der ungleich undeutlicheren Double-Bind-Hypothese bei weitem vorzuziehen, auch wenn es deren folkloristische Popularität nicht hat erreichen können. Allerdings konnten ihre Ergebnisse von anderen Untersuchern nicht befriedigend repliziert werden (HIRSCH and LEFF 1975). Im deutschsprachigen Raum ist dieses Konzept m.W. allein von KAUFMANN und Mitarbeitern (KAUFMANN 1972) aufgegriffen worden. Alles in allem scheint sein heuristischer Nutzen größer gewesen zu sein, als seine empirische Fruchtbarkeit. Das Konzept leitete an, neue Fragen zu stellen und führte zu beeindruckenden Einzelergebnissen. Es erlaubt ein tieferes Interpretieren und Verstehen auch der Visitinggespräche; zu einer gütigen hypothesentestenden und intersubjektiv zuverlässigen Instrumentalisierung ist noch ein weiter Weg.

Wir selbst wollen es an dieser Stelle als Interpretationshilfe benutzen - ähnlich wie den Begriff Sequenz.

Der Arzt erweckte bei der Patientin Sch. durch die erste offene Frage den Eindruck, als könne sie das gemeinsame Zentrum der Aufmerksamkeit bestimmen; und die Patientin wird in dieser Visite nicht müde, 5 weitere Versuche zu unternehmen (siehe Sätze 24, 29, 39, 41, 45). Bis auf denjenigen in Satz 29 haben alle den gleichen Mißerfolg: Sie werden entweder wie die allererste Initiative gar nicht oder aber tangentiell beantwortet, z.B. durch den Satz des Arztes: "Die Nieren werden auch noch mal geröntgt" (Satz 28). Zu keiner Zeit hat sie eine wirkungsvolle Möglichkeit, Thema und Richtung des Gesprächs zu bestimmen - trotz ihrer, wie sich zeigen wird (s.u.S. 185) - ungewöhnlich großen Beharrlichkeit.

Die für die anderen Gesprächspartner verhaltenssteuernden Initiativen gehen in erster Linie vom Arzt aus: Er macht nicht nur den Versuch festzulegen, worüber gesprochen werden soll - es gelingt ihm tatsächlich (siehe Sätze 4, 40, 58, 70). Die mit dem Satz "Frau Sch., der Magen ist in Ordnung gewesen" eingeleitete Sequenz macht keine Ausnahme; das, was der Arzt sagen möchte, sagt er, obwohl sofort klar ist, daß er streng genommen nichts mit-teilt. Die Patientin hat nicht nur ein geringes Interesse an den vorgetragenen Befunden - sondern zwischen diesen und ihrem eigenen Befinden besteht eine offensichtliche Differenz.

Immer ist es also in dieser Visite der Arzt, der sich mit seiner Problemdefinition durchsetzt:

So behandelt er z.B. die Befindensstörungen als Digitalis-Oberdosierung (die sie zu einem Teil tatsächlich sein mögen), und er wählt als letztes Diskussionsthema ein gut umschriebenes deutlich hörbares Symptom der Patientin: den Husten.

Auch die Schwester hat gute Chancen, besonders dem Patienten gegenüber, verhaltenssteuernd zu wirken (Satz 17). Ihre an den Arzt gerichteten Initiativen finden teilweise Resonanz; sie werden wenigstens quittiert (Sätze 65/66 und 79/80). Allerdings bestimmt sie keine Sequenz dem Inhalt nach - Schwester Christine schaltet sich immer in bereits laufende Gespräche ein.

Damit habe ich den Ablauf dieser einen Visite genauer be-

schrieben und interpretiert. Die o.g. Erfahrungen der von uns befragten Patienten mit den Stationsarztvisiten sind plastischer und verständlicher geworden. Es ist deutlich, daß diese eine "Kategorie des Krankenhausdaseins", nämlich Patient in der Visite zu sein, tatsächlich "durch bestimmte praktische Betätigungen des Krankenhauspersonals" zu definieren ist. Damit ist eine Berechtigung von David SUDNOW's Leitperspektive exemplarisch belegt worden, "nach der die Kategorien des Krankenhausdaseins ... durch bestimmte praktische Betätigungen des Krankenhauspersonals im Rahmen der täglichen Interaktionsroutine im Organisationsmilieu der Krankenhausstation zu definieren sind". (SUDNOW 1973, 13/14). Die (sprachlichen) Handlungen von Arzt und Schwester bestimmen tatsächlich die Situation des Patienten in der Visite. Dem Patienten bleibt v.a. die Aufgabe der Anpassung. Zur "Patientenrolle" (cf. SIEGRIST 1976a) gehören in diesem Sinne nur minimale "Ich-Leistungen" (cf. DPEITZEL 1968, 167) oder in Kontrastierung zur bisherigen Rollentheorie formuliert: Nicht die normativen Erwartungen des Personal und nicht die regelmäßigen Verhaltensweisen des Patienten sind der Kern dieser Rolle, sondern sie "ist" das, was regelmäßig aus einem Kranken in einem Akutkrankenhaus gemacht wird (cf. RASPE 1976a).

Dieses interpretativ gewonnene Ergebnis einer einzelnen Visitenanalyse will ich untermauern durch eine quantifizierende Betrachtung zweier ausgewählter Stichproben von weiteren auf Tonband aufgenommenen Stationsarztvisiten. Das Ergebnis wird eine (noch unvollständige) deskriptive und funktionelle "Anatomie" der Arzt-Patient-Kommunikation im Rahmen der Stationsarztvisite sein. Damit soll das Verständnis vertieft werden, wie sich das beschriebene Aufklärungs- und Informationsdefizit im Medium sozialen Handelns von Arzt und Schwester herstellt (bzw. hergestellt wird), "obwohl" sich Arzt und Patient tagtäglich in einer gemeinsam geteilten Situation gegenüberstehen. Drei Ebenen der Anatomie sind zu entwickeln:

1. Eine formal quantifizierende,
2. eine inhaltsanalytische und
3. eine transaktionsanalytische.

Meine eigenen Befunde gehören v.a. zu der ersten Ebene; M. BEGEMANN-DEPPE hat sich v.a. mit der zweiten und J. SIEGRIST mit der dritten beschäftigt. Auf ihre Befunde werde ich an entsprechenden Stellen zurückgreifen (cf. BEGEMANN-DEPPE 1978; SIEGRIST 1976b, 1978).

Das Ziel des formal-quantifizierenden Vorgehens ist vergleichsweise bescheiden. Es sollen sich

1. durchschnittliche absolute und relative Häufigkeiten (also Anteile) von Sätzen und Initiativen für die drei involvierten Positionen ergeben, und es soll
2. anhand beider Variablen die Frage positionsspezifischer und situationsstabiler Sprechmerkmale geprüft werden.

Aus den Ergebnissen werden sich in erster Linie die tatsächlichen Partizipations- und Einflußchancen der beteiligten Positionen v.a. der von Arzt und Patient ableiten lassen.

Dazu habe ich aus den umfangreichen Tonbandmaterialien, die uns aus den Studien II und III zur Verfügung stehen, zwei Stichproben nach unterschiedlichen Prinzipien zusammengestellt:

Stichprobe I: Sie besteht aus 24 Stationsarztvisiten des aus dem Visitenbeispiel bekannten Dr. L., die im Rahmen der Studie II ab dem 27.3.1973 innerhalb einer Woche aufgenommen wurden. Der zentrale Erhebungstag war der 30.3. (13 Patienten). Ich habe es vermieden, auf Visiten zurückzugreifen, bei denen das Tonband das erste Mal mitgeführt wurde oder die ganz am Anfang bzw. am Ende des Krankenhausaufenthaltes eines Patienten standen. Es handelt sich um 24 Visiten eines Arztes und überwiegend einer Schwester (Schwester Ch.: 16, Schwester E.: 7 und Schwester I.: 1 Visite (n)) bei (den maximal erreichbaren) 24 verschiedenen Patientinnen dieser internistischen Station. Die Patientinnen waren zwischen 19 und 80 Jahren alt ($\bar{x}$ = 63 Jahre).

Damit sind die Variationsmöglichkeiten durch das ärztliche und pflegerische Personal minimiert, die durch die Patienten maximiert wurden.

Stichprobe II: Im Gegensatz dazu wurden für die zweite Stichprobe zu je zwei Visiten dreier internistischer Stationsärzte (bzw. -ärztinnen) bei 6 Patientinnen aus der Studie II 14 weitere Visiten (wieder je 2) von 7 Internisten bei insgesamt 11 Patientinnen aus dem Material der Studie III hinzugenommen. Die einbezogenen 10 Ärzte, 17 Patientinnen und 10 Schwestern stammen von 6 internistischen und einer neurologischen Stationen 5 verschiedener Krankenhäuser. Die Patientinnen waren zwischen 15 und 80 Jahre alt ($\bar{x}$ = 51 Jahre). Ich habe wieder Visiten am Anfang und am Ende des Aufenthaltes einer Patientin vermieden, ebenso solche, bei denen das Tonband das erste Mal mitgeführt wurde. Im Rahmen der durch die Tonbandmaterialien gesetzten Grenzen habe ich somit versucht, die Variationsmöglichkeit auf seiten der Ärzte und Schwestern zu erhöhen und die auf seiten der Patientinnen gleich zu belassen. Daß nicht 20, sondern 17 Patientinnen in die Stichprobe eingehen, liegt daran, daß 3 Patientinnen zweimal (einmal bei zwei verschiedenen, zweimal bei denselben Ärzten) auftauchen.

In den betreffenden 44 maschinengeschriebenen Visitenprotokollen wurden

- a) alle Sätze identifiziert, gezählt und einem Sprecher zugeordnet,
- b) alle Initiativen identifiziert, gezählt und zugeordnet und
- c) Quotienten für das Verhältnis von Sätzen und Initiativen pro Position und Adressat sowie einfache deskriptive Statistiken berechnet.

Die folgende Übersicht orientiert über die positionsspezifischen sowie richtungsspezifischen Häufigkeiten und Anteile der Sätze und Initiativen der drei involvierten Positionen aus der Stichprobe 1:

Abbildung 26:

Übersicht über die Verteilung der Sätze und Initiativen
aus N = 24 Arzt-Patient-Kontakten (Stationsarztvisiten)

Sätze total: 1211 (100 %)

Arzt	633 (52 %)	AP	367 (30 %)
		AS	266 (22 %)
Patient	320 (26 %)	PA	297 (25 %)
		PS	23 (2 %)
Schwester	258 (21 %)	SA	200 (17 %)
		SP	58 (5 %)
	1211 (100 %)		1211 (100 %)

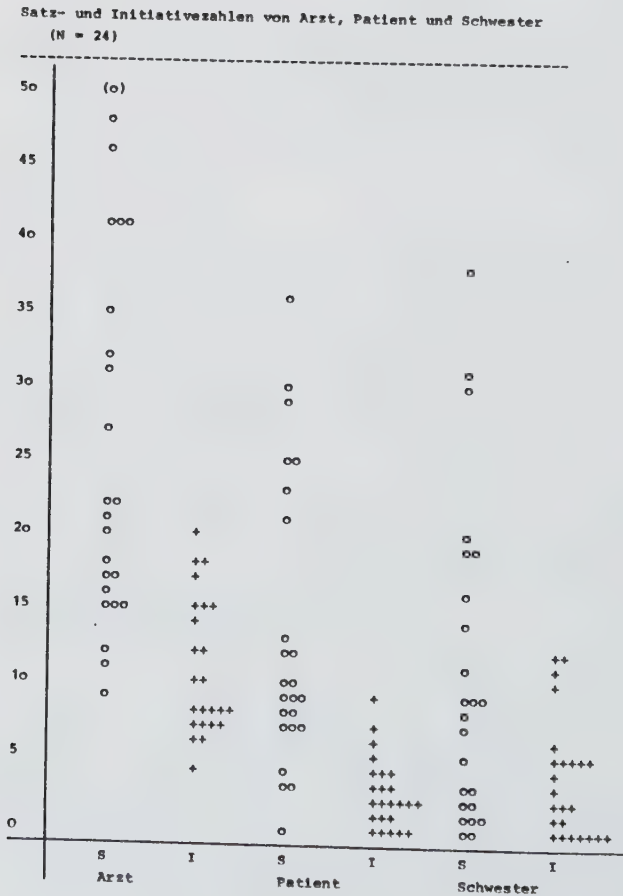
Initiativen total: 415 (100 %)

Arzt	261 (63 %)	AP	151 (36 %)
		AS	110 (27 %)
Patient	63 (15 %)	PA	60 (14 %)
		PS	3 (1 %)
Schwester	91 (22 %)	SA	54 (13 %)
		SP	37 (9 %)
	415 (100 %)		415 (100 %)

Wir können die Ergebnisse folgendermaßen zusammenfassen:

- a) Gut die Hälfte aller Sätze entfällt auf den Arzt als Sprecher. In die andere Hälfte teilen sich Patientinnen (26 %) und Schwestern (21 %). Bei genauerer Betrachtung existieren in der Visite zwei verschieden umfangreiche Hauptdialoge nebeneinander: Der zwischen Arzt und Patient (55 %) und der zwischen Arzt und Schwester (39 %). Nur 7 % aller Sätze entfallen auf das Gespräch zwischen Schwester und Patient. D.h., daß dem Arzt nicht nur der größte Gesprächsanteil zukommt, sondern daß er für jede der beiden anderen Positionen auch der wichtigste Gesprächspartner ist. Eine Schwestern-Patient-Beziehung während der Visite existiert in dieser Stichprobe praktisch nicht.
- b) Wenn wir die Mittelwerte der Satzzahlen über alle Visiten für jede Position berechnen, dann ergibt sich, daß von den im Mittel 50 Sätzen/Visite 26 auf den Arzt ($Md = 21.5$; $S = 13.9$), 13 auf eine Patientin ($Md = 9.5$; $S = 9.8$) und 11 auf eine Schwester entfallen ($Md = 9$; $S = 10.7$). Alle Stichprobenverteilungen sind (Abbildung 27) ersichtlicherweise nicht normal.
Arzt und Schwester haben optisch und statistisch die größten Streubreiten und die ungleichmäßigste Verteilung. Ihre intrapositionelle Variabilität ist jeweils größer als die der 24 Patientinnen, obwohl es sich nur um einen Arzt und v.a. um eine Schwester handelt. Das läßt an unterschiedlich weite Verhaltensspielräume denken.
- c) Bei der Betrachtung der Initiativezahlen fällt eine noch stärkere Minderung des Patientenanteils ins Auge: Auf Arzt und Schwester entfallen 85 % aller Initiativen bei nur 73 % aller Sätze. Der Patient liegt damit auf dem letzten Rangplatz (Satzzahl mittlerer Rangplatz). Aktivität und Passivität sind somit ungleich verteilt: Auf den Arzt entfallen ca. 11 Initiativen/Visite, auf die Schwester ca. 4, auf den Patienten ca. 3.

Abbildung 27: Verteilung der Satz- und Initiativehäufigkeiten von Arzt, Schwester und Patient (Stichprobe I)



41 % der Sätze des Arztes sind Initiativen gegenüber 20 % der Patientinnen und 35 % der Schwestern. Wir können somit davon ausgehen, daß etwa 80 % der Sprachproduktion der Patientinnen reaktiver Natur sind. In dieser Stichprobe stellten die 24 Patientinnen in 24 Visiten insgesamt 23 ausdrückliche Fragen, also weniger als 1 pro Visite (range 0 bis 5).

Die Aufteilung in zwei Dialogfiguren ist auch hier zu sehen. Im Mittelpunkt steht der Arzt; er richtet sich einerseits an die Patientinnen, andererseits an die Schwestern - nach beiden Seiten geht mehr als doppelt so häufig die Initiative von ihm aus als umgekehrt. Es gibt eine nur geringe, ebenfalls asymmetrische Beziehung zwischen Schwestern und Patientinnen. Die Verteilung der Initiativen ist insgesamt weniger breit als die der Sätze, am homopensten und dichtesten wieder bei den 24 Patientinnen (vgl. Abbildung 27).

- d) Die Frage, ob sich die Satz- und Initiativehäufigkeit pro Visite zwischen Arzt, Schwester und Patient signifikant unterscheiden, ist mit dem nonparametrischen Mann-Whitney-U-Test geprüft worden, der v.a. gegenüber Medianunterschieden empfindlich ist (SACHS 4.1974, 230 ff.). Nach ihm (mit Korrekturformel für Rangaufteilung gerechnet) sind die Differenzen Arzt-Patient und Arzt-Schwester sowohl für die Satz- wie für die Initiativehäufigkeit hochsignifikant ($p < 0.01$). Die Unterschiede zwischen Patient und Schwester müssen als zufällig angesehen werden. Diese Aussage gilt auch dann, wenn man wegen der wohl nicht vollständig unabhängigen "Messungen" für jede einzelne Visite einfach eine Rangreihe der Satz- und Initiativehäufigkeiten von Arzt, Schwester und Patient aufstellt. Für die Sätze steht der Arzt 21 mal auf dem ersten Platz, für die Initiativen sogar in 23 (von 24) Fällen. Auch hiernach steht der Patient für die Sätze meist auf dem zweiten (14 mal), für die Initiativen meist (11 mal) auf dem dritten Rang. Damit sind die führende Rolle des Arztes und periphere Position der Patientinnen noch einmal herausgehoben.

Wieweit sagen diese Ergebnisse etwas Typisches aus? Der Einwand liegt nahe, daß hier ganz besondere durch einen Arzt und eine Schwester herbeigeführte Verhältnisse ihren deskriptiv-statistischen Niederschlag gefunden haben. Um diese Frage zu prüfen, will ich die entsprechenden Ergebnisse der zweiten Stichprobe hinzufügen (Abbildung 28).

Abbildung 28:

Übersicht über die Verteilung von Sätzen und Initiativen
aus N = 20 Arzt-Patient-Kontakten (Stationsarztvisiten)
10 Ärzte, 17 Patienten (q, 15-76 a, 3.-12. AMT),
10 Schwestern aus 5 internistischen Abteilungen

Sätze total: 1812 (100 %)

Arzt	1055 (58 %)	AP	822 (45 %)
		AS	233 (13 %)
Patient	589 (33 %)	PA	577 (32 %)
		PS	12 (1 %)
Schwester	169 (9 %)	SA	146 (8 %)
		SP	22 (1 %)
1812 (100 %)		1812 (100 %)	

Initiativen total: 542 (100 %)

Arzt	373 (69 %)	AP	305 (56 %)
		AS	68 (13 %)
Patient	106 (20 %)	PA	102 (19 %)
		PS	4 (1 %)
Schwester	63 (12 %)	SA	45 (8 %)
		SP	18 (3 %)
	542 (101 %)		542 (100 %)

- a) In diesem zweiten Fall werden 58 % der Sätze von einem Arzt, 33 % von einer Patientin, 9 % von einer Pflegeperson gesprochen. Der Arzt-Patient-Dialog nimmt 77 %, der von Arzt und Schwester 21 % und der von Patient und Schwester 2 % der Sätze in Anspruch.
- b) Von den im Mittel 91 Sätzen pro Visite entfallen 53 ($M_d = 49; s = 30$) auf einen Arzt, 30 auf eine Patientin ($M_d = 25; s = 19$) und 8 auf eine Schwester ($M_d = 7; s = 9$). Die Verteilungen sind breiter und von einer Normalverteilung weiter entfernt als in der Stichprobe I (range für den Arzt $136 - 21 = 115$; für den Patienten $71 - 6 = 65$; für die Schwester $34 - 0 = 34$). Die Ärzte haben bei weitem die größte Streubreite und die ungleichmäßigste Verteilung, die Schwestern diesmal die geringste und gleichmäßigste.
- c) Für die Initiativehäufigkeit verschieben sich die Gewichte noch stärker: Auf Ärzte (69 %) und Schwestern (12 %) entfallen zusammen 81 % aller Initiativen. Der Patient kann seinen Anteil an Sätzen sozusagen nicht halten; er verliert 13 %. Aktivität und Passivität sind nach diesem Maß also ungleich verteilt.
- Von den 27 Initiativen einer durchschnittlichen Visite kommen 19 von einem Arzt, 5 von einer Patientin und 3 von einer Schwester. Auch hier ergibt sich die Existenz zweier getrennter Dialoge, an deren Schnittpunkt wieder der Arzt steht. Er wendet sich dreimal bzw. fast zweimal häufiger an die Patienten bzw. an die Schwester als diese sich an ihn. Die Verteilung der Initiativen ist wieder dichter und gleichmäßiger als die der Sätze; das trifft stärker für die Schwestern als für die Patienten zu. Die Häufigkeiten der ärztlichen Initiativen weisen wieder die größte Breite und Variabilität auf.
- 35 % der Sätze der Ärzte sind Initiativen gegenüber 18 % der Patientinnen und allerdings 37 % der der Schwester. Damit sind etwa $4/5$ der Sprachproduktion der Patientinnen wieder als reaktiv einzuschätzen. Diese 17 Patientinnen stellten in 20 Visiten insgesamt 30 ausdrückliche Fragen, also 1.5 Fragen/Visite (range von 0 bis 5).

d) In 20 Visiten kommen vom Arzt 19 mal die meisten Sätze, einmal sprechen Arzt und Patient gleich viel. Die Schwester steht 19 mal an letzter und nur einmal an zweiter Stelle. Für die Initiativehäufigkeiten sind die Verhältnisse folgendermaßen: 20 mal führt der Arzt; die Schwester kommt 3 mal auf den zweiten Rang und hat 3 mal ebenso viel Initiativen wie der Patient. Auch hier steht also der Patient häufiger auf dem zweiten Rang.

Damit sind die Gleichförmigkeiten und Unterschiede der Ergebnisse beider Stichproben angesprochen:

In jedem Fall ergibt sich eine eindeutig führende Position des Arztes, sowohl für den gesamten Gesprächsumfang als auch für das Ausmaß der Gesprächsaktivität. Diese Visitenführung des Arztes ist in der zweiten Stichprobe noch ausgeprägter als in der ersten, in der auch die Schwester einen relativ großen Anteil der Visite - nach Sätzen und Initiativen jeweils 1/5 - ausfüllen konnte.

In beiden Fällen stammen etwa 2/3 der Sätze und 4/5 der Initiativen nicht von den Patientinnen. Sie stellten nur etwa eine Frage pro Visite; etwa 80 % dessen, was sie sagen, ist - vereinfacht gesagt - als Reaktion auf die Initiativen von Ärzten und Pflegepersonen anzusehen.

In beiden Stichproben sind - gemessen an der Verteilungsbreite und -unregelmäßigkeit - die Verhaltensspielräume des Arztes offenbar am größten.

Die Unterschiede betreffen v.a. die Rolle der Schwestern: Diese treten im zweiten Fall eindeutig in den Hintergrund, während die aus dem Visitenbeispiel bekannte Schwester Ch. die Visitingespräche der Stichprobe I in einem bemerkenswerten Ausmaß mitgestaltet. Das deutet darauf hin, daß

- a) eine Schwester prinzipiell mitwirken kann, wenn sie es will und sich durchsetzt und daß
- b) das stärker dann zu Lasten des Patienten als des Arztes geht, der in jedem Fall seine Position behauptet.

Hier sind also aus der Sicht der Pflegepersonen noch ungenutzte Möglichkeiten, deren Ausschöpfung aus der Sicht der Patienten nicht ganz unproblematisch ist.

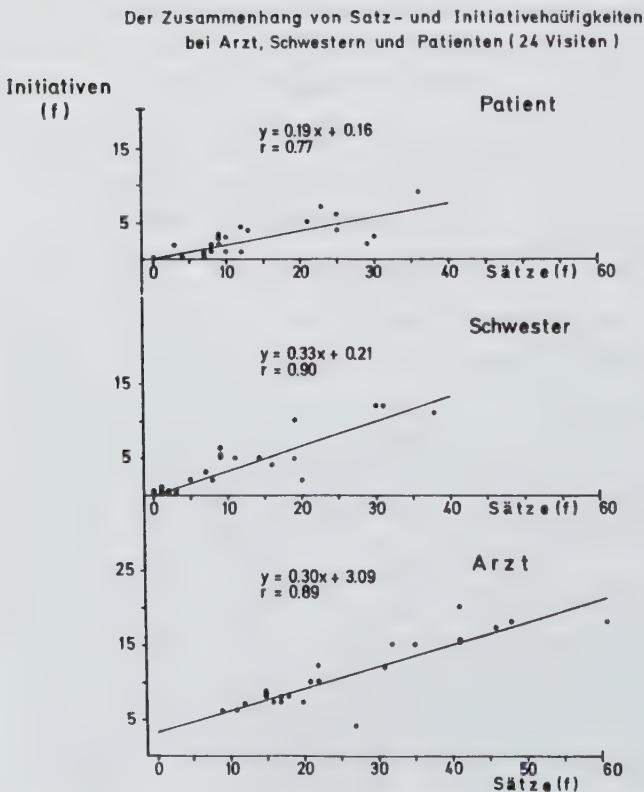
Die bereits angesprochenen positionsspezifischen situationsstabilen Sprechmerkmale von Arzt, Patient und Schwester lassen sich noch ein Stück weiter verfolgen. Dazu will ich zuerst die Quotienten aus Satz- und Initiativehäufigkeiten in der durchschnittlichen Visite der beiden Stichproben darstellen (Angaben der Stichprobe II jeweils in Klammern). Über alle jeweils einbezogenen (24 bzw. 20) Situationen gerechnet, "benötigt" ein Arzt 2.4 (2.8), eine Schwester 2.8 (2.7) und eine Patientin 5.1 (5.6) Sätze für eine Initiative (mittel 2.9 (3.3) Sätze pro Initiative). Positions- und richtungsspezifisch ausgewertet ergibt sich aus den Zahlen der Stichproben folgende Rangreihe:

Stichprobe	I	II
Schwester-Patient	1.6 Sätze/Initiative	(1.2)
Arzt-Patient	2.4 Sätze/Initiative	(2.7)
Arzt-Schwester	2.4 Sätze/Initiative	(3.4)
Schwester-Arzt	3.7 Sätze/Initiative	(3.2)
Patient-Arzt	4.9 Sätze/Initiative	(5.7)
Patient-Schwester	7.7 Sätze/Initiative	(4.0)

Die Aktivitätsverteilung auf einer Visite, die Asymmetrie der drei Beziehungen wird in diesen Quotienten noch einmal deutlich: Über die Tatsache hinaus, daß die Erwartungswahrscheinlichkeit einer Patienteninitiative sehr viel geringer ist als die eines Arztes oder die einer Schwester, ganz gleich an wen sich beide richten, ergibt sich, daß fast jeder oder zumindest jeder zweite an eine Patientin gerichtete Satz aus einer selbstgewählten Initiative von Arzt oder Schwester besteht. Dies trifft nur auf jeden fünften Satz einer Patientin zu. Damit wird ein Patient während einer Visite geradezu "eingeschnürt" durch die an ihn gerichteten Gesprächsinitiativen. Er wird alle Hände voll zu tun haben, sich diesen zu stellen und sie zu beantworten. Das gilt in der Tendenz für beide Stichproben trotz der merklichen Unterschiede.

Angesichts der großen intrapositionellen Variabilität der Satz- und Initiativezahlen in den 44 Visiten der Stichproben I und II ist der nächste Befund überraschend: Es zeigt sich, daß die linearen Korrelationen der positionsspezifischen Satz- und Initiativehäufigkeiten bei Arzt, Schwester und Patient erstaunlich hoch sind (Abbildung 29).

Abbildung 29: Der Zusammenhang von Satz- und Initiativehäufigkeiten bei Arzt, Schwestern und Patienten (24 Visiten)



Die Korrelationskoeffizienten betragen für den

Arzt $r = 0.88$ (0.88), für den

Patienten $r = 0.77$ (0.89), für die

Schwester $r = 0.90$ (0.94).

Diese Werte sind untereinander nicht, wohl aber von Null signifikant verschieden. Das überrascht einmal, wie gesagt, angesichts der großen Variabilität der zugrunde liegenden Werte - es überrascht aber besonders in der Stichprobe I angesichts der Tatsache, daß immerhin 24 verschiedene Patienten einen solch stabilen Zusammenhang dieser zwei Merkmale aufweisen. Das läßt an einen positionsspezifischen Effekt denken. Beim Arzt und den Schwestern könnte man persönlichkeitspezifische Besonderheiten erwägen - bei 24 Patienten ist diese Möglichkeit nicht mehr gegeben.

Es überrascht in der Stichprobe II angesichts der Vielzahl der Schwestern und Ärzte, so daß auch für diese Personen ein positionsspezifisches Verhältnis wahrscheinlich ist.

Auch die Regressionskoeffizienten beider Stichproben sind einander erstaunlich ähnlich: Sie betragen für die Ärzte 0.30 und 0.37 (in Stichprobe II), für die Patientinnen 0.19 und 0.20 und für die Schwestern jeweils 0.33.

In der Stichprobe I ergab sich - nebenbei gesagt - kein Hinweis auf eine Abhängigkeit beider Parameter (Sätze und Initiativen) von der Aufenthaltsdauer der Patientinnen. Nach diesen Befunden entwickeln Patienten nicht relativ mehr oder weniger Gesprächsinitiativen im Verlaufe eines Aufenthaltes, und sie sprechen auch nicht mehr oder weniger, wenn sie länger im Krankenhaus sind (Vergleich der Satzhäufigkeiten der ersten 13 Patientinnen mit mittlerer Aufenthaltsdauer von 24 Tagen, $s = 13.4$ mit den restlichen 11 Patientinnen mit einer mittleren Aufenthaltsdauer von 7 Tagen, $s = 3.4$). Diese Befunde ersetzen natürlich nicht eine Längsschnittbetrachtung individueller Verläufe; leider ermutigen sie eine solche aber auch nicht. Visiten eines oder wechselnder Ärzte bei einem Patienten scheinen - wenigstens in der formal quantitativen Betrachtung -

voneinander unabhängige Ereignisse zu sein. Wieweit das für die inhaltliche Ebene und die Transaktionen im Laufe eines durchschnittlich langen Krankenhausaufenthaltes gilt, ist eine offene und lohnende Frage. Eine definitive Antwort würde unser Verständnis der Situation des Patienten und des Routinehandelns in einem bürokratischen Betrieb vertiefen.

Zusammenfassung:

Nach der Begründung der Auswahl der Visitensituation und des in ihr eingeschlossenen Routinehandelns von Ärzten und Schwestern zur Erklärung des Informations- und Aufklärungsdefizites der Patienten und nach der Darstellung der visitenbezogenen Erfahrungen der von uns befragten Patienten wurde eine einzelne Visite anhand eines Tonbandprotokolls unter formalen, inhaltlichen und transaktionellen Gesichtspunkten untersucht. Damit konnten die überwiegend negativen Erfahrungen der Patienten exemplarisch verdeutlicht werden, und es konnten für die weitere Analyse wichtige Termini ("Sätze", "Initiativen", "Sequenz" u.a.) eingeführt und definiert werden. Die Untersuchung ergab als wesentlichsten Befund, daß der Arzt (und die Schwester) die Visite in Ablauf und Inhalt so steuern, daß die Patientin trotz beachtlicher Aktivitäten kaum eine Chance hatte, das Gespräch in ihrem Sinne zu beeinflussen; immer war es der Arzt, der - assistiert von der Schwester - Themen setzte, verwarf oder abschloß. Arzt und Schwester bedienten sich dabei einer Anzahl subtiler Steuerungsmechanismen, die das situative Übergewicht, das ihnen durch das soziale Substrat der Situation eo ipso gegeben ist, teils heranzogen, ausdrückten und bekräftigten, teils ergänzten.

Dieses an einem Einzelfall interpretativ gewonnene Ergebnis ist durch eine formal-quantifizierende Analyse der positions- und richtungsspezifischen Sätze und -Initiativehäufigkeiten in einem Punkte an einem breiteren Material von 44 internistischen Stationsarztvisiten bei 41 weiblichen Patienten untermauert und differenziert worden. Bei der Auszählung und statistischen Beschreibung zweier sich in ihren Einseitigkeiten ergänzender Stichproben hat sich folgendes ergeben:

Auf den Arzt entfallen mehr als die Hälfte aller Sätze. Etwa 2/3 aller (die Gesprächsaktivität einer Person abschätzenden) Initiativen gehen von ihm aus.

In den Visiten existieren zwei verschieden umfangreiche, sich manchmal verwebende Hauptdialoge nebeneinander: Das Gespräch zwischen Arzt und Patient nimmt etwa 2/3, das zwischen Arzt und Schwester etwa 1/3 in Anspruch. Einen Dialog zwischen Schwester und Patient gibt es praktisch nicht. Damit ist die visiten-führende Rolle des Arztes unterstrichen.

Für den Patienten bedeutet dies, daß 2/3 der Sätze und 4/5 der Initiativen nicht von ihm ausgehen. Ca. 80 % dessen, was er sagt, ist als Reaktion auf Initiativen anderer einzustufen. Bei einer genaueren Betrachtung seiner (im Mittel über alle 44 Visiten) 4 Initiativen pro Visite (Arzt 14; Schwester 4) zeigt sich, daß er kaum mehr als eine ausdrückliche Frage pro Visite an seinen Stationsarzt stellt. Damit hat ein Patient einen vergleichsweise geringen Anteil an der Visite und eine vergleichsweise geringe Chance, das Visitengespräch im Sinne seiner Informationsbedürfnisse und -defizite zu steuern.

Obwohl in die erste Stichprobe nur 1 Arzt und v.a. 1 Schwester, in die zweite 10 Ärzte und 10 Schwestern eingingen, liegen die Ergebnisse beider Stichproben für die Arzt-Patient-Beziehung dicht beieinander. Daraus ergibt sich, daß es sich um positions- (und nicht persönlichkeits-)spezifische Effekte handelt. Die Ergebnisse für die Schwestern variieren zwischen den beiden Stichproben stärker.

Die Verteilungen der Häufigkeiten von Sätzen und Initiativen über alle Visiten zeigen für Patienten und Schwestern eine alles in allem geringe Breite und Unregelmäßigkeit. Für diese beiden Positionen sind also auch situationsstabile Verhältnisse anzunehmen. Die breitere und ungleichmäßigere Verteilung der entsprechenden Häufigkeiten bei den Ärzten deutet einen - je nach persönlichen oder sachlichen Bedürfnissen - freier auszufüllenden Gestaltungsraum an.

Diskussion, ergänzende Ergebnisse und Literaturübersicht:

Diese formal-quantitativen Befunde, die die Visitengespräche weder in ihrem Inhalt noch in ihrem Ablauf zu rekonstruieren erlauben, müssen nicht bedeuten, daß ein Patient über die ihn beschäftigenden Dinge nichts mitgeteilt bekäme. Es könnte sein, daß der Arzt den Patienten von sich aus aufklärt - ohne auf seine Fragen zu warten. Hier ist - deutlich sichtbar - eine Grenze meines Vorgehens erreicht, die allerdings eng an ihre Vorzüge gebunden ist.

Denn ein Problem inhaltsanalytisch-transaktionszentrierter Untersuchungen liegt in der Spannung zwischen empirisch-zuverlässiger Handhabbarkeit und inhaltlich-hermeneutischer Kraft der typisierenden Kategorien. Je größer die Reliabilität, umso gröber und verlustreicher meist die Kategorien; je diffiziler und intensiver die Verständnismöglichkeit, umso problematischer wird die Zuverlässigkeit und die Übertragbarkeit des Verfahrens (und der Ergebnisse) auf andere Situationen und Untersucher.

Um dieser Spannung wenigstens partiell zu entgehen, habe ich die formal-quantitative Analyse gewählt. Sie muß - unter den entsprechenden Vorbehalten - ergänzt werden durch ein inhalts- und ein transaktionsanalytisches Vorgehen.

Bevor ich diese und ihre jeweiligen Ergebnisse referiere - ich greife dabei auf Formulierungen in einer gemeinsamen Veröffentlichung mit J. SIEGRIST zurück (RASPE und SIEGRIST 1978) - sind noch einige methodische Probleme meines Vorgehens zu diskutieren:

- a) Beide Stichproben sind klein; sie enthalten nur weibliche Patienten internistisch-neurologischer Fachabteilungen und Stationen. Die Patientinnen waren eher alt (sowie schwerer und prognostisch un günstiger erkrankt). So gesehen ist eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Patientengruppen und Fachabteilungen nicht gegeben.

Darüber hinaus geben die genannten Mittelwerte und Proportionen aufgrund der geringen Fallzahl und damit der

Empfindlichkeit gegen erheblich von der zentralen Tendenz abweichende Einzelbefunde nur empirisch begründete Schätzungen, über deren Vertrauensbereich man allenfalls Vermutungen anstellen könnte.

- b) Die Patientinnen wurden an ganz verschiedenen Tagen ihres Aufenthaltes auf Tonband aufgenommen. Ein systematischer Effekt der Aufenthaltsdauer hat sich in der Stichprobe I nicht ergeben; er konnte aber bei den gegebenen Möglichkeiten und den angewandten Verfahren nicht sicher ausgeschlossen werden.
- c) Die Rolle der Schwester bleibt unklar. Die Stichproben zeigen divergierende Ergebnisse.
- d) Linguistische Einwände sind gegen das Konstrukt der Initiative möglich. Auch wenn sich in unsere Gruppe eine einigermaßen befriedigende Interraterreliabilität bei der Beurteilung des Initiativecharakters von Sätzen zeigte, der Begriff und seine Definition stehen mit dem üblichen soziolinguistischen Verfahren nur in teilweiser Übereinstimmung (cf. COULTHARD and ASHBY 1976). Das behindert mehr die Vergleichbarkeit als die Akzeptierung der hier geschilderten Befunde. Denn die oben genannten Definitionen scheinen mir klar und nachvollziehbar zu sein. Dennoch möchte ich auch die mitgeteilten Initiativehäufigkeiten vor allem als begründete Schätzungen der tatsächlichen Gesprächsaktivitäten gewertet wissen.

Über die inhaltlichen Merkmale des Visitengesprächs, vor allem über die Frage, inwieweit die Ärzte ihre Patienten spontan aufklären, gibt die zitierte Untersuchung von M. BEGEMANN-DEPPE Aufschluß. Ihre inhaltsanalytische Studie hatte 112 Transkripte von an Werktagen stattfindenden chirurgischen und internistischen Stationsarztvisiten zum Gegenstand; diese Visiten wurden auf insgesamt 4 Stationen dreier Krankenhäuser im Rahmen der Studie II im Frühjahr 1973 aufgezeichnet. Die 112 Patienten - von jedem wurde nur die erste aufgenommene Visite berücksichtigt - bilden eine unausgelesene Stichprobe aller im Aufnahme-

zeitraum von jeweils 5 Tagen auf den Stationen angetroffener Patienten. Der Großteil der Patienten auch dieser Stichprobe bestand - soziologisch gesehen - aus Angehörigen der Unter- bzw. unteren Mittelschicht aus den vorwiegend ländlichen Einzugsgebieten der untersuchten Krankenhäuser.

Zur Charakterisierung des Anlasses und der Absicht der Informationsübermittlung hat BEGEMANN-DEPPE drei kontextbezogene formale Kategorien unterschieden:

1. Reaktive vom Arzt an den Patienten gerichtete Information:
Es handelt sich um vom Patienten initiierte Äußerungen des Arztes, welche krankheitsbezogene Informationen enthalten;
2. initiative an den Patienten gerichtete Information:
Hier werden frei gewählte krankheitsbezogene Inhalte durch das Personal selbst thematisiert und
3. implizite Information: Hierunter fallen aneinandergerichtete Äußerungen der Personalmitglieder, die Krankheitsinformationen enthalten, ohne daß sie für den Patienten direkt bestimmt wären.

Aus der Mischung dieser drei kontextbezogenen Informationsformen ergibt sich noch einmal die prinzipielle Zweigleisigkeit der Gesprächsführung: Kommunikation des Personals über den Patienten und Kommunikation zwischen Personal und Patient überlagern und durchmischen sich.

Die quantitative Auswertung dieser Aspekte brachte u.a. folgende Ergebnisse:

- a) "Informationen des Personals, die aufgrund von Patientenaktivitäten zustande kommen (reaktive Information), machen von der Häufigkeit ihres Vorkommens hier nur den geringsten Umfang aus (68 Ereignisse reaktiver Information gegenüber 185 Ereignissen initiativer und 173 Ereignissen implizierter Information)."
- b) "Je schwerer die Patienten erkrankt waren, desto extensiver verhandelte das Visitenteam am Bett über sie, ohne daß der

Umfang der Kommunikation mit dem Patienten einen parallelen Anstieg zeigte."

- c) "Reaktive und initiative Informationen zeigen von den thematischen Prioritäten her keine auffälligen Differenzen" mit der einen Ausnahme, daß Patienten häufiger die Thematik Entlassungstermin und Krankheitsprognose ansprechen (32 % aller Themen gegenüber 24 % in der initiativen Information). Am häufigsten werden in allen drei kontextbezogenen Kategorien Informationen über die Therapie ausgetauscht (BEGEMANN-DEPPE 1978, 70, 79, 170).

Eine Vergleichsstudie, die von H. URBAN zum gleichen Thema an 156 Arzt-Patient-Kontakten mit nur 27 Patienten an einer psychosomatisch geführten Station an einer Universitätsklinik durchgeführt wurde, zeigte bemerkenswerte Unterschiede (URBAN 1978). So war hier der Anteil reaktiver Information größer als derjeniger initiativer sowie derjeniger impliziter Information - ein Hinweis entweder auf die umfangreicheren (erfolgreichen) Initiativmöglichkeiten der dort behandelten Patienten und/oder auf das größere Entgegenkommen der Ärzte. Diese unterschiedliche Situation läßt sich wohl zum einen aus den veränderten Einstellungen psychosomatisch orientierter Ärzte gegenüber Patienten erklären, zum anderen aus einer organisatorischen Maßnahme: Die Visite wurde strukturell entflochten dadurch, daß die Kurvenvisite, das Fachgespräch und die Organisationsabsprache vor dem Zimmer stattfanden: "Eine Konkurrenzsituation um die Aufmerksamkeit des Arztes zwischen Schwester und Patient entsteht damit nicht " (URBAN 1978, 89).

Während die Informationsinhalte eine ähnliche quantitative Verteilung zeigen wie in den Kreiskrankenhäusern, nahm der Gesprächsumfang mit Schweregrad der Krankheit und Bedrohlichkeit der Prognose zu. Psychosomatische Ärzte setzen sich offenbar mit belastenden Situationen ihrer Patienten in stärkerem Maße auseinander.

Es deuten sich positive Effekte einer patientenzentrierten psychosomatischen Behandlungsweise an.

Eine differenzierte Analyse der verbalen Kommunikationsprozesse zeigt allerdings, daß auch hier Grenzen bestehen:

Bei dem knappen Drittel der Patienten mit ungünstiger Prognose (N = 8) vergrößert sich der Anteil impliziter Informationen gegenüber Patienten mit mittlerer oder guter Prognose beinahe um das dreifache.

Eine Auswertung thematischer Präferenzen nach Krankheitsprognose ergibt darüber hinaus, daß von den 184 Sätzen, die zum Thema "Entlassung und langfristige klinische Prognose" geäußert wurden, auf die 11 Patienten mit günstiger Prognose 113 Sätze entfallen, auf die 8 Patienten mit mittlerer Prognose 51 Sätze und auf die 8 Patienten mit ungünstiger Prognose lediglich 20 Sätze. Auch hier wird also eine besonders heikle Thematik von Ärzten (und Patienten ?) tendenziell ausgeklammert.

Versucht man, diese inhaltsanalytischen Befunde im Lichte der formal-quantitativen Auswertung zu interpretieren, dann ergibt sich

- a) eine direkte Bestätigung der ungleichen Verteilung der Gesprächsaktivitäten: in 112 Visiten kam es nur 68 mal zu einer "reaktiven", aber 185 mal zu einer "initiativen" Informierung des Patienten (im Durchschnitt also 0.6 bzw. 1.7 mal pro Visite). Daß diese geringe Häufigkeit reaktiver Informierung nicht allein der Fragescheu der Patienten zuzurechnen, sondern zu einem (vielleicht geringeren) Teil auch durch eine Antwortverweigerung der Ärzte zu erklären ist, ergibt sich, wenn wir berücksichtigen, daß Patienten etwa eine ausdrückliche Frage pro Visite stellen (s.o.S.187 u.189: 53 Fragen in 44 Visiten der Stichproben I und II, somit 1.2 Fragen/Visite).
- b) Ein Patient wird in einer "durchschnittlichen" Visite ein- bis zweimal von seinem Arzt spontan informiert - in erster Linie über die Therapie (dann über die Diagnostik und ihre Ergebnisse). Dieser Befund validiert die früher zitierten Angaben der in Studie II und III befragten 53 Stations- bzw. Zweitärzte. Über diese beiden Themen wollten sie ihre Patienten ja zu 76 % bzw. 83 % "eher vollständig" aufklären.

Mit den formal-quantitativen Befunden ergibt sich, daß die meisten der an den Patienten gerichteten Gesprächsinitiativen der Ärzte (mehr als 10/Visite) für den Patienten nicht direkt informativ sind, sondern offenbar vor allem aus Fragen und Anweisungen bestehen.

Es kommt also zu einer gewissen spontanen Informierung des Patienten durch den Arzt - allerdings in thematischen Bereichen, die nicht im Vordergrund der Patienteninteressen stehen.

Die inhaltsanalytische Betrachtung vermag ebenso wenig wie die formal-quantifizierende den Ablauf einer Visite zu erfassen. Auch sie zieht die Visite sozusagen zu einem Punkt zusammen. Diese fühlbare Lücke schließt die Transaktionsanalyse, die in ihrer fortgeschrittensten (heute noch nicht realisierten) Form das Informations- und Aufklärungsdefizit der Patienten als das Endergebnis aller einzelnen ineinandergreifenden Gesprächszüge der beteiligten Personen darstellen können mußte.

Auch unsere eigenen Überlegungen und Befunde sind von diesem Ziel noch weit entfernt. Sie benennen zum einen einige allgemeine Steuerungsmöglichkeiten von Arzt und Schwester (RASPE 1978 d); in der theoretisch fundiertesten und empirisch sichersten Konzeption (SIEGRIST 1976b, 1978) ermöglichen sie eine Antwort auf die Frage, wie Ärzte mit auf die Diagnose und Prognose zielende Fragen schwer und prognostisch ungünstig erkrankter Patienten umgehen.

An allgemeinen Steuerungsmöglichkeiten sind zu nennen:

- a) die selbstgewählte Eröffnung bzw. Beendigung der Visite durch den Arzt. In der Stichprobe I nahm 18 mal der Arzt, 4 mal eine Schwester und nur 2 mal ein Patient zuerst das Wort; in der zweiten Stichprobe war es sogar 20 mal ein Arzt.
- b) der Ausschluß des Patienten aus bestimmten Gesprächssequenzen, z.B. durch
 - die Wendung des Arztes an eine Schwester oder einen Kollegen
 - durch eine Auskultation oder eine andere ruheerheischende Untersuchung,

- durch die Vertiefung in die Kurve oder durch die Beschäftigung mit technischen Geräten (Infusionen, Monitoren o.ä.),
 - durch die Fachsprache bzw. den klinischen Jargon.
- c) Gezielte geschlossene, hintereinandergestellte oder sogar gestaffelte Fragen. Diese nötigen den Patienten zu einer Serie von Reaktionen, ohne ihm die Möglichkeit zu lassen, selber "dranzukommen". Der Patient wird so eingeschnürt, seine Kräfte werden gebunden.
- d) Abwehrende Gegenzüge des Arztes (oder der Schwester), die "asymmetrischen Verbalhandlungen" sensu SIEGRIST: Der Arzt "enttreißt, ... verwandelt, entschärft oder negiert" die Gesprächsinitiative des Patienten (SIEGRIST 1976b). Diese Steuerungsmechanismen stellen einen speziellen Kunstgriff aus der "Rhetorik der Konfusion" (WENDER 1967; KAUFMANN 1972) dar; er setzt eine den Arzt zu einer Antwort nötigende, d.h. ihn potentiell belastende Initiative des Patienten voraus.

Die transaktionsanalytischen Auswertungen SIEGRIST's konzentrierten sich, wie angedeutet, auf einen Typus möglicher belastender Situationen für Krankenhausärzte und auf das Studium typischer ärztlicher Reaktionsweisen in solchen Situationen.

Als belastende Situation wurde die während der Visite vom Patienten geäußerte Bitte um Information über die eigene Krankheit gewertet.

SIEGRIST ging davon aus, daß die Reaktion des Arztes auf die Bitte des Patienten sich um so schwieriger gestalte, je bedrohlicher und ernsthafter dessen Krankheitszustand wäre. In solchen Fällen würden, so lautete die zentrale Hypothese, vermehrt Versuche der Belastungsreduktion und Neutralisierung einsetzen. Da der Arzt aber nicht dauerhaft auf Informationsmitteilung verzichten könne, ohne in Konflikt mit seiner Expertenrolle zu geraten, müsse er teilweise subtile Steuerungsmechanismen einsetzen.

Vier Arten solcher Steuerungsmechanismen wurden als typische Reaktionen auf belastenden Initiativen von Seiten der Patienten identifiziert:

a) Das Nichtbeachten der Patienteninitiative:

A: Und Frau Sch ...

P: Ist mir halt immer noch ein wenig elend noch. Ich hab' halt die letzte Zeit fast nichts gegessen, gell, ich hab' Angst gehabt wegen der Gallengeschichte und jetzt ist ...

(A blättert in der Kurve, P verstummt, Pause ca. 5 Sek.)

A: (zu S) Wissen Sie, wo die Bilder gelandet sind ? ...

Häufig werden Patientenfragen von Ärzten mit Floskeln wie "na ja", "mal sehn" u.ä. quittiert. Gelegentlich versuchen Stationsärzte, an Betten von Problempatienten ohne Anhalten und Ansprechen vorbeizukommen.

b) Der Adressaten- oder Themenwechsel: Anstelle einer Reaktion auf die gestellte Frage von seiten des Arztes erfolgt eine konkurrierende Initiative (thematischer Wechsel und/oder Adressatenwechsel).

Ein Beispiel eines solchen Themenwechsels bei einem Patienten mit Leukämie wenige Tage vor seinem Tode, nachdem eine Retinablutung zu schwersten Sehstörungen geführt hat:

P: Ich seh' doch nicht.

A: Hm?

P: Ich seh', ich seh' doch nichts mehr !

A: Hm ... (nach 3 Sekunden) ... und wie geht's sonst, mit dem Atmen ?

Ein Adressatenwechsel wird häufig dadurch initiiert, daß der Arzt, anstelle dem Patienten zu antworten, direkt die Schwester oder den zweiten Arzt anspricht:

68-jährige schwerkranke Patientin mit Unterleibstumor

P: Wie war das gestern, die ... dieser ...?

A: Ach so, dieser Test ? Das Schläuchle ?

P: Ja.

A: Natürlich, (leise zu MA) mißt Du bei ihr noch Blutdruck ?

MA: Hm.

A: Jetzt muß ich mal gucken.

MA: War das die ...

A: Das muß ich noch mal ausrechnen.

MA: Mit Amylase oder was ?

A: Ja.

S: Ja.

Gelegentlich ist zu beobachten, daß in potentiell prekären Situationen assistierende Personen von sich aus intervenieren oder die Position des Arztes durch ihr Votum bekräftigen:

51-jährige Patientin mit metastasierendem Mammakarzinom.

P: Wenn man nichts machen tut, wird's ja nicht besser ...

A: Ja ja, wir müssen jetzt erst mal sehen, was los ist. Gell ?

MA: Wir können nicht einfach ins Blaue schießen, wir müssen wissen, was es ist. Gell ?

(Ärzte gehen zum nächsten Patienten)

c) Beziehungskommentar:

Hier geht es darum, daß der Arzt zwar zunächst scheinbar auf die Frage des Patienten eingeht, diese aber durch seine Antwort gleichzeitig umwandelt, inhaltlich verschiebt. Dies geschieht häufig dadurch, daß nicht der Inhalts-, sondern der Beziehungsaspekt der Aussage thematisiert wird.

30-jähriger Patient mit dem zweiten Rezidiv einer Leukämie.

P: Es sind ja jetzt 4 Wochen, daß ich da bin. Da muß sich ja schon was tun in der Zeit ...

A: Ja ja, das ist es halt. Sie sagen immer muß und äh, soll, sind aber, ähn mehr überzeugt als wir davon.

d) Mitteilung funktionaler Unsicherheit:

Der Arzt geht hier scheinbar komplementär auf die Frage des Patienten ein, ohne jedoch eine inhaltliche ergiebige Information mitzuteilen. Hinweise auf fehlende Befunde, Negativantworten usf. stellen die häufigsten Beispiele in diesem Zusammenhang

dar. Bei allen diesem Typus zugeordneten Beispielen ist sichergestellt worden, daß der Arzt bereits entsprechende Informationen besaß und lediglich durch Angabe von Nichtwissen einer inhaltlichen Mitteilung auswich. Daher sprechen wir in Anlehnung an DAVIS (DAVIS 1960) von funktioneller Unsicherheit.

66-jähriger Patient mit metastasierendem Magenkarzinom.

P: Ist schon sicher, was es ist ?

A: Und, äh, ich habe dem Kollegen Doktor ...

P: Noch nicht ?

A: Äh, mit dem Doktor noch nicht gesprochen, gell.

Die vergleichenden quantitativen Auswertungen zeigen, daß asymmetrische Verbalhandlungen bei schwer erkrankten Patienten häufiger als bei mittel- und leichterkrankten von Ärzten angewandt wurden und ferner, daß sie in Kreiskrankenhäusern bei den Visiten traditionell ausgebildete Ärzte häufiger vorkamen als bei psychosomatisch orientierten Ärzten einer Universitätsklinik (cf. SIEGRIST 1978, 123 ff.).

Die Zusammenschau der Ergebnisse aller drei methodischer Zugänge erlaubt die Formulierung einer weitgehenden, sicher aber nicht vollständigen Erklärung des Informations- und Aufklärungsdefizites der Patienten:

Dieses Defizit ist zu einem erheblichen Teil sozial organisiert. Es wird im Rahmen der klinischen Arbeitsorganisation von Arzt und Schwester - sicher ohne daß es subjektiv intendiert ist - hergestellt durch

- a) ein begrenztes Angebot von geeigneten gemeinsamen Situationen von Arzt und Patient, von denen obendrein jede einzelne zeitlich limitiert ist. Nach unseren Erhebungen dauert eine Visite am Bett eines Kranken ca. 3 bis 3.5 Min. (cf. ERDMANN 1976; ENKE u.a. 3.1976, 387); Visiten, die am leeren Bett stattfinden, sind nach meinen Beobachtungen nicht systematisch kürzer.

Andere Grenzen kommen durch die Vielzahl der an einer Visite direkt und indirekt beteiligten Personen (Schwester, Zweitarzt, Mitpatienten), durch den manchmal täglichen Wechsel

des ärztlichen und pflegerischen Personals infolge ihres Schichtdienstes u.ä., somit durch das, was ich das soziale Substrat einer Visite genannt habe, hinzu (cf. RASPE 1978 d).

- b) In diesen Visiten-situationen unterliegt der Patient einer Anzahl verschieden wirkender Steuerungen. Mit diesen werden Gesprächsanteile und -aktivitäten, Gesprächsinhalte und -abläufe von Arzt (und Schwester) so gesteuert, daß die für diese Personen wichtigen Handlungsziele erreicht werden: Die Gesprächsbeteiligung und die Gesprächsinitiativen des Patienten werden begrenzt; die meisten der zu besprechenden Themen werden gesetzt; und dort, wo es zu potentiell belastenden thematischen Initiativen der Patienten kommt, besteht die in etwa zwei Drittel der Fälle realisierte Möglichkeit, auf verschiedene Typen "asymmetrischer Verbal-handlungen" zurückzugreifen (für die quantitativen Verhältnisse cf. SIEGRIST 1978, 124). Mit ihnen kann die Frage des Patienten abgewehrt und das Gespräch wieder in die gewünschten Bahnen gelenkt werden.

Solches Handeln der Ärzte und Schwestern und ihr Ergebnis beim Patienten ist nicht die Ausnahme, sondern, wie die Befunde aus allen drei Vorgehensweisen übereinstimmend zeigen, die Regel, die Routine. Das berechtigt, von stabilen Handlungsmustern, "Handlungsstrukturen" (s.o.S. 150) zu reden und diesen eine eigene soziale Wirklichkeit und Wirksamkeit zuzusprechen.

Übrigens haben das Visitenarrangement und damit - wie ich vermute - auch diese Handlungs-routinen ein ehrwürdiges Alter: Schon zur Mitte des 15. Jahrhunderts galt für das Johanniter-spital auf Rhodos, daß die Ärzte angehalten werden sollten, die "Kranken zweimal am Tag zu besuchen und das, was zu ihrer Pflege nötig ist, (zu) veranlassen ... Bei diesem Besuch der Ärzte aber sollen der Infirmarius und ein Schreiber anwesend sein, die schriftlich getreu und im einzelnen aufnehmen sollen, was für das Wohlergehen der Kranken verordnet wurde" (v. STEINYTZ 1976, 893).

Zusammengekommen erlauben die bisherigen Überlegungen und Befunde den weiteren Schluß, daß die Visite aufzufassen ist als

eine zeitlich begrenzte und wenig elastische Situation konkurrierender Interessen - und Funktionen:

Alle von uns beobachteten Visiten waren Krankenbesuch und -gespräch, "Kurvenvisite", klinische Untersuchung und Therapiekontrolle, Organisationsabsprache und Arbeitsgespräch in einem.

Da der Arzt die Visite - wie gezeigt - führt, werden sich seine Ziele und Aufgaben am nachhaltigsten durchsetzen. Um einen Aufschluß über diese Ziele v.a. aber über die ärztliche Relevanzhierarchie über verschiedene mögliche Visitensituationen zu erhalten, befragten wir in den Studien II und III alle 53 Ärzte mit in beiden Untersuchungen zum größeren Teil identischen Instrumenten:

"Wie wichtig sind Ihnen bei der täglichen Stationsarztvisite folgende (15) Aspekte ?"

Die vorgegebenen Items lassen sich drei Aufgabenbereichen zuordnen: einem Bereich krankheits- und behandlungszentrierter medizinischer Aufgaben; einem organisations- und administrationszentrierter Aufgaben, die v.a. die Zusammenarbeit mit der Schwester betreffen, und einem patientenzentrierter ärztlicher Aufgaben.

Als ein in beiden Befragungen stabiler Befund ergab sich eine deutliche Rangreihe, an deren Spitze die krankheitszentrierten und an deren Ende einige patientenzentrierte Items rangierten. So stand die "Fixierung und Kontrolle des Therapieplans" als wichtigste Aufgabe in beiden Teilbefragungen eindeutig an der Spitze, gefolgt von der "Kontrolle des aktuellen Zustandes des Patienten". In der Mitte rangierten solche Aufgaben wie "Koordination ärztlicher und pflegerischer Maßnahmen", "Kontrolle der pflegerischen Arbeiten"; am Ende der Rangskala finden sich einmal eindeutig administrative Aufgaben ("Regelung organisatorischer Probleme der Station"); zum anderen aber auch ärztliche Aufklärungsaufgaben wie "dem Patienten laufende medizinische Maßnahmen erläutern", "den Patienten so informieren, daß er selbst über diagnostische und therapeutische Eingriffe mitentscheiden kann". Auch die Möglichkeit, "die Lebensumstände des Patienten besser kennen zu lernen", rangierte am unteren Ende der Skala.

Damit kann die oben gemachte Aussage fortgeführt und differen-

ziert werden:

Die Visite ist zwar eine Situation konkurrierender Funktionen und Interessen - doch die dadurch möglichen Konflikte bleiben so lange latent, wie der Arzt sich nicht in seiner ohne Zweifel wichtigen und natürlich auch im Interesse des Patienten liegenden klinischen Arbeit im engeren Sinne beeinträchtigt sieht.

Dieser für das Verständnis wichtige arbeitssoziologische Hintergrund der Stationsarztvisite und des Informationsproblems ist an anderen Stellen ausgeführt worden (cf. RASPE 1978d; RASPE und SIEGRIST 1978, SIEGRIST 1978, cf. CASSEL 1978). Auf eine Wiederholung bzw. Zitierung möchte ich verzichten - allerdings nicht ohne darauf hingewiesen zu haben, daß diese Überlegungen gerade zum Verständnis des Institutionscharakters dieser Handlungsrouتين und somit zur subjektiven Entlastung des einzelnen Arztes von Bedeutung sind. Ohne sie könnte der Eindruck entstehen, als wäre jeder einzelne Arzt für diese Handlungsmuster verantwortlich zu machen und als läge es in jedem einzelnen Belieben, sie abzuschaffen. Auf der anderen Seite ist aber nicht zu übersehen, daß es zum Wesen von Institutionen gehört, der individuellen Realisation, d.h. des bestätigenden und bekräftigenden Vollzugs durch viele Einzelne zu bedürfen; ohne diesen verlören sie schlicht ihr Leben.

Gerade dieser Doppelcharakter - dinghaft vorgegeben zu sein und doch vollzogen werden zu müssen - macht auch die Handlungsroutine zu sozialen Tatsachen im Sinne DURKHEIM's.

Damit sind unsere eigenen Befunde und Überlegungen dargestellt und diskutiert, und es bleibt noch die Aufgabe einer Literaturübersicht. Diese kann knapp gehalten werden, denn es gibt nach meinen Kenntnissen keine empirischen Untersuchungen anderer als der genannten Autoren, die sich auf der Basis von Tonbandaufzeichnungen mit der täglichen Stationsarztvisite im Akutkrankenhaus beschäftigen.

Die vorliegenden angloamerikanischen Studien, in denen ein Tonband eingesetzt wurde, beziehen sich überwiegend (wie auch die deutsche Untersuchung von v.FERBER (v.FERBER 1971, 1975) auf ambulante Konsultationen (cf. JOYCE u.a. 1969; FREEMAN u.a.

1971; KORSCH and NEGRETE 1972; CARTWRIGHT 1976; COULTHARD and ASHBY 1976; BUTT 1977).

Mir sind nur drei Studien bekannt, die Gespräche zwischen Ärzten und Krankenhauspatienten mit Hilfe von Tonbandaufzeichnungen studiert haben (GOLDEN and JOHNSTON 1970; ROBINSON and MERAV 1976; WAITZKIN and STOECKLE 1976). GOLDEN und JOHNSTON widmeten sich ebenso wie ROBINSON und MERAV der Frage, was der Patient von einem mit dem Tonband dokumentierten Visitinggespräch bzw. einem präoperativen Aufklärungsgespräch unmittelbar bzw. 4 - 6 Monate danach ohne Verzerrung wiedergeben konnte (s.o.S. 116). Von der großen komplex angelegten Longitudinalstudie von WAITZKIN und STOECKLE liegen m.W. noch keine Daten vor.

Von den Untersuchungen im ambulanten Bereich kommen unseren aus dem Marburger Institut hervorgegangenen Studien an theoretischer Fundierung und empirischer Gründlichkeit am ehesten die von FEFEMAN u.a. bzw. von KORSCH und NEGRETE nahe, die 285 Konsultationen von Müttern mit akut erkrankten Kindern in einer pädiatrischen Ambulanz auf Tonband aufgenommen haben und u.a. mit Hilfe der BALES'schen Interaktions-Prozeß-Analyse studierten. Aufgrund der Tatsache daß die eigentlichen Patienten, die Kinder, nur 2 % aller "statements" machten und sich durch die Mütter "vertreten" lassen mußten, sind nicht einmal die quantitativen Ergebnisse dieser Autoren mit unseren eigenen vergleichbar. Immerhin entfielen auch hier rund 59 % der "statements" auf die Ärzte (39 % auf die Mütter). Die inhaltsanalytische Auswertung zeigte eine starke Bevorzugung der Krankheitsvorgeschichte und der Therapie (Mutter-Arzt: 60 % und 16 %; Arzt-Mutter: 34 % und 30 % der Inhalte aller statements). Die Ursache sowie die Ernsthaftigkeit und Prognose der Krankheit wurden von beiden Seiten ausgespart.

Eine Transaktionsanalyse wird nur kasuistisch vorgeführt. Korrelationsstatistisch ergab sich u.a., daß die Zufriedenheit und die Kooperation der Mütter dann höher waren, wenn der Arzt positive, freundliche Affekte zeigte, auch nichtmedizinische Bemerkungen machte und von sich aus mehr Informationen anbot als sich abhändigen ließ und/oder erfragte. Die Dauer der Konsultation machte keinen Unterschied für ihr Ergebnis.

Theoretisch und methodisch interessant ist auch die Untersuchung von COULTHARD und ASHBY, in der kasuistisch ein Instrumentarium zur quantitativen, inhaltlichen und transaktionsellen Auswertung von Tonbandprotokollen ein- und vorgeführt wird.

Die Studie von JOYCE u.a. beschäftigt sich wieder mit dem Problem des Behaltens und Erinnerns von tatsächlich den Patienten mitgeteilten Informationen. CARTWRIGHT benutzte Tonbandaufnahmen, um einmal die Aushandlungsprozesse zwischen Ärzten (Chirurgen) und geriatrischen Patienten (z.B. "choice of treatment") zu verfolgen, zum anderen um die Zufriedenheit der Ärzte sowie das Therapieverständnis und die Kooperationsbereitschaft der Patienten mit bestimmten inhaltlichen Merkmalen der Gespräche in Zusammenhang bringen zu können.

Auch hier wird die Transaktionsanalyse nur kasuistisch und impressionistisch eingesetzt.

BUTT hat Tonbandaufnahmen von Abschlußgesprächen in einer sehr praktischen Absicht eingesetzt: Er hat sie den Patienten mit nach Hause gegeben; dort konnten sie sich das Gespräch - situativ entlastet - mehrmals wieder anhören und das Gesagte vergegenwärtigen. 91 % der Patienten (N = 48) empfanden diese von ihnen genutzte Möglichkeit zumindest als hilfreich.

Soweit die mir bekannte Literatur. Damit ist die Darstellung und Diskussion unserer eigenen Ergebnisse abgeschlossen.

III. ZUSAMMENFASSUNG DER WICHTIGSTEN ERGEBNISSE

Diese Arbeit hatte eine umfassende patientenorientierte Darstellung des Problems der Aufklärung und Information bei Akut-
krankenhauspatienten zum Ziel. Es sollte eine dem Medizinsoziologen wie dem Arzt fühlbare Lücke der deutschsprachigen Literatur geschlossen werden.

Die Darstellung stützte sich in ihrem empirischen Teil auf mehrere eigene Untersuchungen, die der Autor unter der Leitung und in Kooperation mit Prof. Dr. J. SIEGRIST (Marburg) seit 1971 durchführen konnte. Ihm ist in erster Linie für das Erreichte zu danken.

Sie stützt sich in ihrer kritischen Diskussion dieser Ergebnisse auf ein ausgedehntes Literaturstudium und -referat der wichtigsten deutsch- und englischsprachigen Veröffentlichungen.

Im ersten theoretischen Teil wurde der an manchen Stellen unvollkommene Versuch unternommen, dem Thema eine breitere Grundlage mittels eines medizinhistorischen, eines organisations- und herrschaftssoziologischen und eines adaptationstheoretischen "Exkurses" zu geben. Die folgende Zusammenfassung konzentriert sich auf die wichtigsten theoretischen und empirischen Ergebnisse sowie auf die Wissensdefizite, die zu weiteren Forschungen Anlaß geben sollten.

Die Ergebnisse unserer Befragungen und teilweisen Beobachtungen von 361 Krankenhauspatienten, 53 Krankenhausärzten, 226 Pflegepersonen und 233 vorklinischen Medizinstudenten erlauben Aussagen:

1. zu den Informationsbedürfnissen der Patienten,
2. zu ihrem Aufklärungs- und Informationsdefizit,
3. zu dessen wahrscheinlichen Implikationen und Folgen für die Patienten und
4. zu einigen seiner sozialen Ursachen.

Ad 1:

Gut vier Fünftel aller Akutkrankenhauspatienten bringen uneingeschränkt hohe, thematisch bestimmte und subjektiv begründete Informationsbedürfnisse ins Krankenhaus mit. Sie schreiben den gewünschten krankheitsbezogenen Kenntnissen und der ärztlich-aufklärenden Zuwendung, vor allem eine kognitiv-orientierende, eine emotiv-sichernde, z.B. entängstigende und eine verhaltensleitende Funktion zu.

Diese Informations- und Aufklärungsbedürfnisse bleiben dem Arzt oft verborgen, da die betreffenden Patienten keine Artikulationsmöglichkeiten finden. Dies verhindert es, die etwa 40 % latent Bedürftigen ohne weitere Anstrengung von dem Fünftel der Patienten zu unterscheiden, die tatsächlich wenig oder gar nichts wissen wollen.

Eigene Projektionen auf die Informationsbedürfnisse von Kranken erweisen sich als unzuverlässig; offenbar beinhaltet Kranksein Bedürfnisse, in die sich hineinzudenken oder an die sich zu erinnern aus einer biographischen oder sozialen Distanz nur selten gelingt.

Es wäre wünschenswert, noch einmal an einer größeren Stichprobe die quantitativen und inhaltlichen Verschiebungen der thematisch bestimmten Informationsbedürfnisse im Verlaufe eines Aufenthaltes genauer herauszuarbeiten und die zuletzt angedeutete Hypothese zur Wirkung einer biographischen (und sozialen) Distanz zu überprüfen.

Ad 2:

Ein subjektiv beklagtes und/oder objektiv festzustellendes Informations- und Aufklärungsdefizit der Patienten findet sich je nach Indikator bei 20 % bis 50 % der Befragten; dabei lassen sich Einflüsse der sozialen Schichtmerkmale (Schulbildung u.ä.) in keinem, Einflüsse der Primärpersönlichkeit nur in einem Falle sichern. Dagegen ist die Art der Fachabteilung und damit wohl die Art der Krankheit fast immer von Bedeutung: chirurgische Patienten haben es in der Regel leichter als internistisch-neurologische.

Die Patienten nehmen unbefriedigte Informationsbedürfnisse mit nach Hause (42 %), kritisieren die Informationspolitik des Arztes (28 - 52 %), äußern bei der Entlassung eine offene Unzufriedenheit (25 %), wünschen und vermissen thematisch bestimmte Gespräche (ca. 50 %), verhelpen sich auf anderen Wegen zu Informationen (24 %) und wissen in etwa der Hälfte der Fälle nicht gut über Krankheit oder Behandlung Bescheid. Die Untersuchung dieser (rein subjektiven oder prinzipiell objektivierbaren) Defizitindikatoren hat sich als methodisch schwierig herausgestellt. Hervorheben möchte ich das Verhältnis von ausgeprägter Detailkritik zu den allgemein verbreiteten Zufriedenheitsäußerungen über "den" Krankenhausaufenthalt oder "die" Ärzte. Je globaler die Frage, um so höher der Anteil der Zufriedenen und umgekehrt. Das sollte zu sachlichen und methodischen Überlegungen zur Urteilsbildung, -schilderung und -erhebung veranlassen.

Ad 3:

In unseren Ergebnissen hat sich korrelationsstatistisch, also streng genommen als Begleiterscheinung eines subjektiven Informations- und Aufklärungsdefizites ein oft signifikant höheres Ausmaß an Befindlichkeitsstörungen ergeben; diese Störungen zeigten sich gleichzeitig mit bzw. folgten den Informationsdefiziten, ohne daß im Sinne einer Gemeinsamkeitskorrelation ein Einfluß der Primärpersönlichkeit oder der konventionellen demographischen Merkmale zu sichern gewesen wäre. Offen bleibt die Frage nach dem Einfluß spezieller Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen auf Informationsprobleme wie auf Befindlichkeitsentwicklungen; diese Frage kann auch im Rückgriff auf die Literatur nicht geklärt werden.

Aus der anglo-amerikanischen Literatur läßt sich wahrscheinlich machen, daß ein Informations- und Aufklärungsdefizit nicht nur psychische, sondern auch - nicht immer unbedenkliche - somatische und verhaltensmäßige Konsequenzen mit sich bringt. Vielen der untersuchten Variablen kommt als Symptomen eines psycho-sozialen Hospitalismussyndroms medizinische und/oder ärztliche Bedeutung zu, z.B. der Pulsfrequenz, dem Blutdruck,

dem Schmerzmittelverbrauch, der Aufenthaltsdauer oder Kooperationsverweigerung der Patienten. Zusammengekommen erlauben die eigenen und fremden Befunde die empirisch fundierte Hypothese, daß zwischen einem subjektiven Aufklärungs- und Informationsdefizit und unerwünschten psychischen, somatischen sowie verhaltensmäßigen Beanspruchungsreaktionen eine kausale Beziehung besteht. So jedenfalls lassen sich die negativen Konsequenzen von Defiziten und die positiven Effekte einer gezielten Aufklärung gemeinsam "erklären". Dabei sind die patho- bzw. hygiogenetischen Zusammenhänge z.T. noch unklar. Wirksamer als die bloße (z.B. schriftliche) kognitive Information scheint das Aufklärungsgespräch zu sein; welche kognitiven Inhalte (das Tatsachen-, Erklärungs-, Erwartungs- oder Handlungswissen) von besonderer Bedeutung sind, ob alles zusammen zur Verfügung gestellt werden muß, das ist noch offen.

Intervenierende Einflüsse sind neben der Art der Krankheit und ihrer Behandlung mit hoher Wahrscheinlichkeit die Persönlichkeit des Patienten, vor allem der von uns nicht systematisch untersuchte "Coping-Stil", und die Art der Informierung bzw. Aufklärung. Dieses Feld bedarf weiterer Studien, damit die therapeutischen und die sozialen Ziele einer erweiterten Aufklärung differenziert verfolgt werden können.

Soweit man das aus der Literatur entnehmen kann, können statistisch belegbare negative Effekte einer wahrhaftigen Aufklärung massenstatistisch nicht gesichert werden. Allerdings zeigt sich an dieser Stelle die Grenze von Wahrscheinlichkeitsaussagen für die ärztliche Praxis. Sie leiten zwar die prinzipielle Richtung des ärztlichen Handelns; dieses muß sich jedoch in jedem Einzelfall diesseits der Wahrscheinlichkeiten individualisieren.

Ad 4:

Zu den aus medizinsoziologischer Sicht bedeutsamen Gründen für das beschriebene Informations- und Aufklärungsdefizit der Patienten rechne ich strukturelle Gegebenheiten dreier Ebenen:

der Ebene organisatorischer (auch baulicher) Krankenhausstrukturen,

der Ebene der Handlungsstrukturen des medizinischen Personals und

der Ebene der Einstellungsstrukturen dieser Personen.

Allein schon durch diese Gegebenheiten erscheint die durchschnittlich geübte Praxis der Nichtaufklärung der Patienten sozial überdeterminiert.

Während die organisatorischen Strukturen von uns bisher nicht systematisch untersucht worden sind, verfügen wir über einige Befunde zu den Einstellungs- und Handlungsstrukturen des ärztlichen und des Pflegepersonals.

Der juristisch-ethisch und durch die Patientenwünsche gebotenen Aufklärung über die Prognose und die Diagnose der Krankheit sind 13 % bzw. 47 % der Ärzte, 32 % bzw. 82 % der Medizinstudenten und 45 % bzw. 47 % der Pflegepersonen ohne wesentliche Einschränkungen zugeneigt. Die v.a. für die Prognose angegebenen Einschränkungen werden gebahnt durch vom Patienten kaum zu beeinflussende Merkmale seiner Krankheit oder Persönlichkeit: je schwerer krank, je psychisch labiler und je kooperationsunwilliger bzw. unintelligenter ein Patient erscheint, desto geringer ist seine Chance, eher vollständig aufgeklärt zu werden.

Mit diesen eingeschränkten Aufklärungsintentionen sind bei Ärzten und Studenten Vorstellungen über Ausmaß und Inhalte der Aufklärungswünsche der Patienten vergesellschaftet, die deren eigenen Angaben z.T. deutlich widersprechen. Dieser Umstand erleichtert den Sprachgebrauch "Einstellungsstrukturen". Damit ist also nicht nur gemeint, daß die betreffenden Einstellungen sich in der medizinischen Sozialisation relativ früh ausprägen und verfestigen, sondern auch, daß verschiedene Einstellungen zu einem Zeitpunkt untereinander verbunden sind und sich stützen.

Diese letzten Aussagen sind durch unsere Daten nur noch begrenzt zu stützen; sie stellen genau genommen empirisch begründete

Hypothese dar; verwischt werden in ihnen u.a. der Querschnittscharakter unserer Untersuchungen sowie einige bedeutsame Unterschiede zwischen den befragten Gruppen:

Medizinstudenten (und so weit wir das sagen können auch Pflegepersonen) haben ein deutlich realistischeres Patientenbild und deutlich weitergehende Aufklärungsintentionen als Krankenhausärzte.

Das Wort Handlungsstrukturen bezieht sich auf materiell verfestigte und lange geübte und tradierte Handlungsrouinen, die ebenfalls alle Merkmale sozialer Tatsachen im Sinne DURKHEIM's erfüllen. Ein von uns eingehend untersuchtes Beispiel stellt die tägliche Stationsarztvisite dar; diese ist in aller Regel für das Arzt-Patient-Gespräch die sich zuverlässig wiederholende zentrale gemeinsame Situation. In dreifacher Weise ist versucht worden das positionsspezifische und situationsstabile Sprechverhalten von Arzt, Patient und Schwester herauszuarbeiten: formal-quantifizierend, inhaltsanalytisch und transaktionsanalytisch.

Als herausragende Befunde ergeben sich, daß der Patient nach Gesprächsumfang und Gesprächsaktivität immer hinter dem Arzt und z.T. auch hinter der Schwester rangiert. Zwei Drittel aller in einer Visite gesprochenen Sätze und vier Fünftel aller Gesprächsinitiativen gehen nicht von ihm aus. Schätzungsweise 80 % der Patientenäußerungen sind reaktiver Natur; pro Visite stellt ein Patient kaum mehr als eine ausdrückliche Frage.

In der Visite existieren zwei verschiedene umfangreiche Hauptdialoge nebeneinander: das Gespräch zwischen Arzt und Patient nimmt etwa zwei Drittel, das Gespräch zwischen Arzt und Schwester etwa ein Drittel in Anspruch. Ein Dialog zwischen Schwester und Patient findet sich praktisch nicht.

Auch inhaltsanalytisch zeigt sich die angedeutete Zweigleisigkeit der Gesprächsführung:

Merklich gegeneinander abgesetzt existieren das Gespräch mit dem Patienten und das Gespräch über ihn nebeneinander. Aus beiden Gesprächsarten können dem Patienten Informationen zufließen. Im ersteren häufigeren Falle durch spontane Mitteilungen (1,7 mal pro beobachteter Visite) oder Antworten auf Patientenfragen (0,6 mal pro Visite); im zweiten dadurch, daß der Patient Ohrenzeuge des Gesprächs zwischen Arzt und Schwester wird ("implizite Informierung", 1,5 mal pro Visite). Bei Schwerkranken wächst dieser Anteil des Arzt-Schwester-Gesprächs und damit der der

von BEGEMANN-DEPPE sogenannten impliziten Informierung. Die von SIEGRIST vorgenommenen transaktionsanalytischen Auswertungen belegen, daß nicht alle Fragen der Patienten nach der Diagnose oder Prognose ihrer Erkrankung sofort und offen beantwortet werden. Bei der genau untersuchten Sondergruppe der schwer- und prognostisch ungünstig erkrankten Patienten fanden sich vier prinzipielle ärztliche Reaktionsarten, nämlich das Nichtbeachten der Frage, der Wechsel des Gesprächspartners oder des Themas, der Beziehungskommentar sowie die Mitteilung funktionaler Unsicherheit. Etwa zwei Drittel der direkten Patientenfragen wurden mit diesen vier Typen "asymmetrischer Verbalhandlungen" beantwortet; am häufigsten waren die an zweiter und an vierter Stelle genannten Reaktionstypen.

Das Visitengespräch ist also vielfach nach Umfang, Inhalt und Ablauf gesteuert - so, daß es den institutionalisierten und den subjektiv wahrgenommenen medizinischen Arbeitszielen am besten entspricht. Der Patient hat vergleichsweise geringe Chancen, es nach seinen davon abweichenden Wünschen zu beeinflussen.

In diesen Strukturen sehe ich auch eine wesentliche Erklärung für die bemerkenswerte Differenz zwischen den Informationsbedürfnissen der Patienten und deren Artikulation dem Arzt gegenüber.

Die empirischen Befunde haben also einen weiten Bereich von Fragen der Klärung näherbringen können; sie haben manche offen gelassen oder neu gestellt.

Dies gilt in noch stärkerem Maße für die vorangestellten Exkurse. Deren heuristischen Ertrag möchte ich abschließend zusammenfassen.

Das Problem der Aufklärung und Information bei Krankenhauspatienten wurde in ein dreidimensionales Koordinatensystem von Medizingeschichte, Herrschafts- und Organisationssoziologie sowie Adaptationstheorie gestellt.

Mit der Adaptationstheorie wird die dem Arzt vor allem vertraute krankheitszentrierte und die Lebensachse des Individuums "querschneidende" Betrachtungsweise erweitert in nichtsomatische und biographische Räume. Sie bringt das Subjekt in mehrfacher Weise in der Theoriebildung und Forschung zur Geltung.

Da Adaptation individuelle Gesamtreaktion in der Zeit ist, wird die Einbeziehung der gelebten und zu lebenden Zeit unabweisbar. Somit muß zur Analyse der Reaktion bei den individuell angeborenen oder im Laufe des Lebens erworbenen Reaktionsdispositionen

begonnen werden. Zentral für das Verständnis der Reaktion ist offenbar die subjektive Wahrnehmung und Bewertung der Belastungssituation durch das betroffene Individuum. Der Reaktionsverlauf ist diachron zu verfolgen und endlich danach zu bewerten, in welchem Ausmaß die lebenspraktische Bewältigung der durch Krankheit, Hospitalisierung (und Aufklärungsdefizit) gegebenen psychosozialen Belastungen gelingt. Gefordert ist schließlich neben der prospektiven Beobachtung somatischer Reaktionen auch die psychischer und verhaltensmäßiger Antworten, um sich der gegebenen Gesamtreaktion (analytisch) wenigstens zu nähern.

Lenkt die Adaptionstheorie den Blick auf das Individuum, so wird diese Einseitigkeit ausbalanciert durch die soziologische Analyse der Belastungen und der Reaktionsmöglichkeiten des Individuums. Die im zweiten Exkurs herangezogene Organisations- und Herrschaftssoziologie hilft vor allem bei der Aufgabe, diese Belastungen zu benennen und als "soziale Kontrukte" auszuweisen.

Die Organisation Krankenhaus und ihre festen Mitglieder assimilieren sich die Patienten nach ihren Vorgaben; krass gesagt machen sie, um sich in ihrem Sinne wirkungsvoll zur Geltung zu bringen, aus einem Kranken einen Krankenhausbehandlungsfall. Das Wort Assimilation erläutert dieses organisierte Herrichten etwas näher:

Assimilieren heißt, einem vorbestehenden Schema ähnlich machen; es drückt als transitives Verb eine einseitige Tätigkeit aus; "assimilare" bedeutet noch: fingieren, so tun als ob. Das Krankenhauspersonal tut in seinen diagnostischen und therapeutischen Verfahren und Handlungen, z.B. in der Aufnahmeuntersuchung, in der Visite, der Fallbesprechung so, als ließe sich die in der Krankheit eines Patienten gegebene oder erscheinende Lebenskrise allein auf die Feststellung und kunstgerechte Behandlung des objektivierbar krankhaften somatischen Zustandes eingrenzen - ein artifizieller Vorgang, der uns bei einer Extremitätenfraktur weniger problematisch ist als bei der Versorgung einer suicidalen Medikamentenintoxikation. Das Krankenhauspersonal hat soziale Möglichkeiten, dieses Artificium herzustellen und, wo es nötig scheint, auch gegen das Widerstreben des Patienten durchzusetzen.

Die im einzelnen noch herauszuarbeitenden assimilierenden Verfahren haben nicht nur einen diagnostisch-therapeutischen, also medizinischen Sinn, sondern noch weitere soziale Ziele und Implikationen. Sie dienen z.B. dazu, den Tagesablauf oder die diagnostischen Stationen eines Patienten so zu regeln, daß sie abgestimmt sind auf die Arbeitszeiten der technischen Abteilungen, auf den Schichtdienst und die 40 Stunden-Woche, auf vorhandene Kooperationsformen und technische Möglichkeiten, auf Ausbildungs- und Forschungsnotwendigkeiten usf.

Sie haben, eben weil sie in einer Organisation zusammengeschlossen sind, die Implikation, sich zu immunisieren. Dadurch, daß sie ineinandergreifen, sich gegenseitig voraussetzen, gestaffelt sind, tagtäglich und selbstverständlich vollzogen werden, an materielle Prozesse geknüpft sind, sind sie nicht einfach zu suspendieren. Der einzelne Patient (und Arzt) kann diese Verfahren und Handlungen nicht beliebig außer Kraft und Geltung setzen. So beinhaltet diese komplexe Organisation klinischer Arbeit die Herrschaft des Betriebes und des Personals über den Patienten (und auch über sich selbst).

Natürlich sind Krankenhäuser keine ausdrücklichen Herrschaftsinstrumente, aber sie stellen auch keine herrschaftsfreien Räume dar. Behandeln und Pflegen enthalten in dieser Sicht "mikropolitische" Anteile, die sich nicht per se immer schon zum Wohle und zur Linderung des Patienten auswirken müssen. Im Gegenteil verstärkt sich die empirische Evidenz, daß unnötige, also funktional nicht zu rechtfertigende Herrschaft (oft larviert existiert und daß sie der Rekonvaleszenz, dem therapeutischen Bündnis, der Eigenverantwortung der Patienten entgegensteht.

Das gilt insbesondere für das von mir diskutierte Herrschaftsinstrument der Tendenz zur "Geheimhaltung der Kenntnisse und Absichten".

Zu diesen hier nur angedeuteten Zielen, Strukturen, Folgen und Begleiterscheinungen der Krankenhausorganisation eröffnet der Idealtypus des bürokratischen Betriebes als "Kern jeder Massenverwaltung" (auch der von Krankheit und Tod) einen wesentlichen Zugang. Läßt sich doch wenigstens plausibel machen, daß das

Allgemeine Krankenhaus von anbeginn an fast alle Elemente des genannten Idealtypus' verwirklichte.

Es ist eine weitere zukünftige Aufgabe, jenseits meines orientierenden Vorgehens, die Reichweite dieses idealtypischen Vergleichens genauer zu bestimmen, gewichtige und zuverlässige, leicht erreichbare und auf Veränderungen sensible Indikatoren des Bürokratisierungsgrades eines Krankenhauses zu gewinnen und zu syn- und diachron vergleichenden Untersuchungen zu gelangen. Als deren Grundfragestellung ergibt sich, ob unterschiedliche Bürokratisierungsgrade mit unterschiedlichen Assimilationsverfahren und -handlungen des Personals und mit unterschiedlichen psychosozialen Belastungen und subjektiven Beanspruchungen der Patienten einhergehen.

Die medizinhistorische Dimension bringt nun die statische soziologische Betrachtung in Bewegung. Sie zeigt den an gesellschaftliche Entwicklungen, Ressourcen und soziale Fragen geknüpften Funktionswandel des Krankenhauses. Sie erschließt die Quellen für eine diachron vergleichende Untersuchung des Bürokratisierungsgrades des Allgemeinen Krankenhauses. Sie orientiert über die bis in die Architekturformen sich auswirkenden Ziele und Überzeugungen der Krankenhausgründer.

Die weitgehend noch zu schreibende Krankenhausgeschichte als Sozialgeschichte erweist das, was uns heute in unserem kurzen Gedächtnis und unserer begrenzten Phantasie als starr und unüberwindlich erscheint, als von früheren Generationen Hergestelltes.

Sie sollte kritisch sein in dem Sinne, daß sie uns auf unsere langfristige Verantwortung, auf unsere historische Wirksamkeit und auf unsere Entscheidungsmacht hinstößt.

ANHANG 1

Eine Zusammenfassung der wichtigsten Angaben über die 4 empirischen Untersuchungen, auf die ich die eigenen Aussagen stütze, gibt die Abbildung 30. Alle Zahlenangaben beziehen sich auf die tatsächlich von uns interviewten oder befragten Personen.

Auf die Berücksichtigung zweier Vorstudien, in denen jeweils weniger als 20 Patienten interviewt wurden, verzichte ich an dieser Stelle.

Die Spalte "Untersucher" nennt an erster Stelle den Untersuchungsleiter, dann die durch Ausbildung und Anstellung oder Engagement besonders ausgezeichnetsten Mitarbeiter. Unser Dank gilt auch den insgesamt 19 weiteren Personen, die an der Erhebung und Aufarbeitung der Daten bedeutenden Anteil hatten. Besonders hervorzuheben ist die theoretische und praktische Hilfe von Herrn cand.med. Rudolf WEISS in der Studie III.

Studie I:

Die Querschnittuntersuchung "Patient, Personal, Stationsbetrieb" wurde von Mai bis Juni 1971 auf 5 Stationen einer in Süddeutschland gelegenen internistischen Universitätsklinik durchgeführt. Sie hatte methodisch gesehen Pretest-Charakter und sollte inhaltlich zu folgenden 3 Fragen Stellung nehmen:

- a) Wie ist die Arbeit auf Station und zwischen den Stationen organisiert ?
- b) Wie sieht die Bindung des Personals an den Betrieb, in dem es arbeitet, aus ?
- c) Welche Stellung kommt dem Patienten in der Krankenhausorganisation aus ? Wie erlebt er den stationären Aufenthalt ? Welche Informationsbedürfnisse und -möglichkeiten besitzt er ? Wie sehen die Kontakte zwischen Personal und Patient aus ?

Entsprechend der dreifachen Fragestellung wurden nicht nur die bezeichneten Interviews, sondern auch systematische Beobachtungsleitfäden für Tätigkeiten auf der Station und ein Beobachtungs-

Abbildung 30: Übersicht über die ausgewerteten empirischen Untersuchungen und Materialien

Nr.	Jahr	Untersucher	Krankenhaustyp	Abteilungen	N	Stationen	Probanden	N	Veröffentlichungen
I	1971	SIEGRIST, KNEER, RASPE	1 Universitätskl.	Medizin	5		Patienten Schwestern Ärzte	38	SIEGRIST, KNEER und RASPE 1971; SIEGRIST 1972
II	1973	SIEGRIST, RASPE, BEGEMANN-DEPPE	4 Kreiskrankenhs. (350-450 Betten)	Medizin Chirurgie	15		Patienten Schwestern Ärzte	235 119 27	SIEGRIST, BEGEMANN u. RASPE 1974 SIEGRIST 1976a, b; 1978; RASPE 1976b, 1977a
III	1976	SIEGRIST, RASPE, EULENBURG, BEGEMANN-DEPPE	2 Kreiskrankenhs. (600-800 Betten)	Medizin Neurologie Chirurgie	15		Patienten Ärzte	88 (67) 26	RASPE 1977a, 1978a - c; RASPE u. SIEGRIST 1979
IV	1977/78	RASPE, EULENBURG	1 Universität	4. vorklinisches Semester	--		Medizin- studenten	233	RASPE u. EULENBURG 1978

schema zur Interaktionsanalyse bei der Stationsarztvisite eingesetzt. Unsere Darstellung wird sich allein auf zwei Ergebnisse aus den Interviews mit 38 ausgewählten männlichen und weiblichen internistischen Patienten konzentrieren. Alles andere bleibt unberücksichtigt, zum größten Teil, weil es nicht zu unserem Thema gehört, zum kleineren, weil es in der Studie II "aufgehoben" ist.

Studie II:

Unsere zweite umfangreiche Querschnittsuntersuchung auf 15 internistischen und chirurgischen Stationen in 4 baden-württembergischen Akutkrankenhäusern mit öffentlich-rechtlicher Trägerschaft stand unter dem Generalthema: Arbeit und Interaktion im Krankenhaus" (SIEGRIST, BEGEMANN-DEPPE und RASPE 1974). Sie war der eine (soziologische) Teil eines von Prof. H. ENKE (Stuttgart) geleiteten und von der DFG im Einzelverfahren (EN 17/8) geförderten Gesamtprojekts: "Medizinsoziologische Strukturforschung im Krankenhaus". Teilprojektleiter war Prof. Dr. J. SIEGRIST. Unter der genannten Überschrift sollte das Teilprojekt einen Beitrag erbringen zur Beschreibung mehrerer Aspekte der Krankenhausrealität: eines betriebsökonomischen, eines arbeits- und organisationssoziologischen, eines patientensoziologischen und eines kommunikationssoziologischen Aspekts. Entsprechend vielfältig waren Untersuchungsmethoden und -techniken.

Der 1974 an die DFG gegebene Abschlußbericht ist mehr als 300 Seiten stark. Das knapp 80 Seiten lange Kapitel IV, das die Ergebnisse des patientensoziologischen Teiles darstellt, wurde von mir verfaßt. Die hier dargestellten und diskutierten Befunde berücksichtigen wie damals ausschließlich die 235 Patienteninterviews und die 27 Arztfragebögen der jungen, in Facharzt-ausbildung stehenden Stations- und Zweitärzte, auf deren Stationen wir unsere Stichprobe gewannen.

Auf allen 15 Stationen der vier Krankenhäuser sahen die Untersucher in den jeweils dreiwöchigen Untersuchungsperioden insgesamt 724 Patienten. Aus diesen wurden 265 Patienten (37 %) nach den folgenden Stichprobenkriterien um ihre Mitarbeit gebeten: Die Patienten sollten körperlich, geistig und seelisch

dem etwa eine 3/4 Stunde dauernden Interview gewachsen sein, sie sollten sich seit mindestens 3 Tagen auf der Station befinden und nicht weniger als 3 Tage vor ihrer Entlassung stehen; ihr Alter sollte zwischen 18 und 65 Jahren liegen. Großzügig wurde dieses letzte Kriterium dann gehandhabt, wenn alle anderen voll erfüllt waren; so waren 35 (15 %) der interviewten Patienten älter als 65.

Von den 265 infrage kommenden Patienten verweigerten 30 (11 %) die Mitarbeit. Es blieben also 235: 113 chirurgische und 122 internistische Patienten.

Die Ergebnisse sind für die durch die genannten Kriterien eingeschlossene Patientengruppe dieser Krankenhäuser sicher repräsentativ.

Die an dieser Studie teilnehmenden vier Krankenhäuser bildeten aber eine nicht-zufällige Stichprobe aus der Grundgesamtheit von 24 unter unseren damaligen Gesichtspunkten infrage kommenden Häusern in Baden-Württemberg. Kooperationsunwillige Krankenhäuser (etwa die Hälfte dieser 24) konnten naturgemäß nicht untersucht werden. Daher ist die Frage nach der Repräsentativität unseres Krankenhaus- und damit unseres Patientensamples für alle Akutkrankenhauspatienten mit den o.g. Merkmalen in diesem Bundesland zu verneinen. Wenn aber eine (in ihrem Ausmaß nicht abzuschätzende) Stichprobenverzerrung vorhanden sein sollte, dann am ehesten in eine "positive", auf soziale Erwünschtheit zielende Richtung.

Nicht repräsentativ ist die Stichprobe natürlich für die ausgeschlossenen Patientengruppen. Diese Einbuße war von vornherein durch die Wahl des Interviews als Erhebungsmethode gegeben.

Aus dem umfangreichen Patienteninterview und dem Arztfragebogen habe ich - themengebunden - nur die Abschnitte herangezogen, die den Problemkreis Aufklärung und Information betreffen; d.h. 10 von insgesamt 37 Fragen. Die anderen galten den demographischen Daten, der Erfahrung des Milieuwechsels, der Milieuadaptation und den krankenhauseseitigen Belastungen.

Die folgende Abbildung faßt die wichtigsten Merkmale der Patienten dieser Studie II zusammen und stellt sie denen der folgenden Studie III gegenüber.

Abbildung 31: Vergleich Patientenstichproben 1973/1976

	1973 (N = 235)	1976 (N = 88/67) ⁺⁾
Geschlecht	60 % männlich 40 % weiblich	68 % männlich 32 % weiblich
Alter	$\bar{x}$ = 46 Jahre 15 % über 65 J.	$\bar{x}$ = 41 Jahre 5 % über 65 J.
Familienstand	65 % verheiratet	72 % verheiratet
Wohnortgröße	51 % bis 5.000 E. 8 % bis 10.000 E. 40 % bis 100.000 E.	55 % bis 5.000 E 8 % bis 10.000 E 36 % bis 100.000 E.
Schulbildung	82 % allein Volksschule	70 % allein Volksschule
Ausbildung	34 % ohne Lehre 43 % allein Lehre	20 % ohne Lehre 51 % allein Lehre
Beruf	⁺⁾ 20 % un-/angelernte Arbeiter 48 % Facharbeiter, kl. Angestellte, Beamte	9 % un-/angelernte Arbeiter 34 % Facharbeiter, kl. Angestellte, Beamte
Krankenhaus- erfahrung	25 % keine früheren Auf- enthalte	7 % keine früheren Aufenthalte
Schweregrad	⁺⁾ 43 % leicht 43 % mittelgradig 15 % schwer	55 % leicht 42 % mittelgradig 2 % schwer
Prognose	⁺⁾ 44 % gut 38 % mittel 18 % schlecht	80 % gut 16 % mittel 2 % schlecht
Unklare Diagnose	12 %	30 %
Aufenthaltsdauer ⁺⁾	$\bar{x}$ = 21 Tage	$\bar{x}$ = 15 Tage

⁺⁾ Näheres siehe Text

In Studie II wurde der Beruf des Patienten, in Studie III der des Haupternährers der Familie erfaßt. Die Aufenthaltsdauer bezieht sich in Studie II auf den Tag des Interviews, in Studie III auf die gesamte Verweildauer. Schweregrad und Prognose wurden von den Stationsärzten nach Vorgabe einer dreistufigen Ordinalskala eingeschätzt; der Schweregrad (aktuelle Einschränkung vitaler Funktionen) bei der Krankenhausaufnahme, die Prognose (quoad vitam) sobald absehbar oder bei der Entlassung des Patienten.

Beide Stichproben unterscheiden sich auf den ersten Blick in wichtigen Merkmalen; eine unmittelbare Vergleichbarkeit oder Addierbarkeit der jeweiligen Ergebnisse ist nicht gegeben.

Um so wichtiger sind gleichförmige Ergebnisse. Sie können einen Hinweis darauf geben, daß die erfaßten Patientenmerkmale keinen erheblichen Einfluß auf die Antworttendenzen besitzen.

Die Interviews wurden, wo immer das irgend möglich war, unter vier Augen durchgeführt. Die Fragetexte sind dem Anhang 2 zu entnehmen.

Studie III:

Diese Längsschnittstudie stand unter dem Thema: "Psychosoziale Phänomene bei der Adaptation stationärer Patienten an das Krankenhausmilieu". Es handelt sich um ein seit dem 1.1.1975 gefördertes Teilprojekt (E 5) des in Marburg angesiedelten Sonderforschungsbereiches 122 der Deutschen Forschungsgemeinschaft: Adaptation und Rehabilitation (Sprecher: Prof. Dr. G. HILDEBRANDT). Teilprojektleiter sind J. SIEGRIST und (mit ihm seit Mitte 1977) H.-H. RASPE.

Die Datenerhebung erfolgte von August bis Oktober 1976 in zwei vergleichbaren hessischen Akutkrankenhäusern öffentlich-rechtlicher Trägerschaft mit jeweils über 600 Betten und einer inter-nistischen Universitätsklinik. Einbezogen waren 15 medizinische und chirurgische sowie eine neurologische Station dieser drei Häuser. Wir untersuchten insgesamt 88 Patienten; von 67 liegen vollständige, den ganzen Aufenthalt umfassende Datensätze vor. Die o.g. Übersicht orientierte über die Verteilung der wesentlichsten Patientenmerkmale.

Die Ausgangsfragestellung des (Teil-)Projektes lautete:

Welche psychischen, verhaltensmäßigen und somatischen Reaktionsmuster lassen sich bei Patienten erfassen, die mit einer rezent aufgetretenen oder verschlechterten Erkrankung kurzfristig in ein Akutkrankenhaus eingeliefert worden sind. Dabei spielte das Thema Information und Aufklärung eine wohl wichtige, keineswegs aber zentrale Rolle.

Es ist von Bedeutung, daß die Patienten diesmal nach noch strengeren Kriterien um ihre Mitarbeit gebeten wurden. Diese waren: akute Neuerkrankung bzw. Verschlechterung, kurze vorstationäre Anamnese, geringe Krankheits- und Krankenhauserfahrung, leichter bis maximal mittlerer Schweregrad und entsprechende Prognose; Aufenthaltsdauer von voraussichtlich mindestens 7, maximal 21 Tagen; Alter zwischen 18 und 65 Jahren, deutsche Staatsangehörigkeit. Damit kamen (statt ca. 40 % in Studie II) nur etwa 25 % aller im Untersuchungszeitraum auf den Stationen liegenden Patienten infrage. 3 (3 %) der infrage kommenden 91 Patienten verweigerten eine Mitarbeit. Der Zeitaufwand dieser Studie war dadurch größter, daß es uns um vollständige Verläufe ging. In einem der Studie II vergleichbar langen Zeitraum konnten wir nur etwa 1/3 der damaligen Patientenzahl untersuchen.

Statt einmal im Laufe des Aufenthaltes interviewten wir unsere 88 (67) Patienten diesmal zu drei exakt festgelegten Zeitpunkten: Am 1. bis 3. Tag nach der Einweisung, am 7. Tag und am vorletzten Tag des Aufenthaltes. Dabei sollte die Distanz zwischen Interview I und II so konstant wie möglich gehalten werden - auch bei den Patienten, die eine Aufenthaltsdauer von weniger als 10 Tagen hatten. Aus allen drei Interviews, sie dauerten ca. 45, 20 und 20 Minuten, habe ich auch hier nur wieder die Antworten auf die 18 meist offenen Fragen dargestellt, die zu unserem Thema gehören. Alles andere war oder ist früheren oder weiteren Veröffentlichungen vorbehalten.

Die wichtigsten Unterschiede zu Studie II bestehen also in einer schärferen Patientenauswahl und in dem Längsschnittcharakter dieser Untersuchung. Arbeits- und organisationssoziologische Fragestellungen sind nicht mehr einbezogen worden; dafür ist der Verlauf der Patientenreaktionen während des gesamten Aufenthaltes (z.T. täglich mehrmals) auch psychometrisch (Befindlichkeitsmaße) und mit physiologischen Parametern (Blut-

druck, Puls und Atemfrequenz, zentrale Körpertemperatur) dokumentiert worden.

Die 26 Arztfragebögen stammen wieder von den entsprechenden Stations- und Zweitärzten; sie sind denen der Studie II in Form, Inhalt und Applikationsweise in etwa vergleichbar.

Studie IV:

Diese Querschnittsstudie aus dem Wintersemester 1976/77 und dem Sommersemester 1977 galt der Frage: "Wie stehen vorklinische Medizinstudenten zur Aufklärung der Patienten" (RASPE und EULENBURG 1978)? Sie verfolgte eine mit den Arztfragebögen 1973 begonnene Linie. Befragt wurden mit einem den Verhältnissen angepaßten, im Kern aber vergleichbaren Fragebogen 233 Medizinstudenten des 4. vorklinischen Semesters. Wir sahen diese Studenten in 9 Gruppen (ca. à 25 Personen) im Rahmen des medizinsoziologischen Teiles des Pflichtkurses der Medizinischen Psychologie und Soziologie, den die genannten Untersucher zusammen mit J. SIEGRIST und Frau Dr. K. RITTNER durchführten. Im Winter befragten wir die zufällig ausgewählte Hälfte, im Sommer das Gesamt der Kursgruppen. Wir erreichten damit etwa 63 % aller in diesem Semester eingeschriebenen bzw. 86 % aller zu den betreffenden Kursgruppen gehörenden Studenten. Die Fragebogenaktion erfolgte, bevor der Unterricht die angesprochenen Themen berührte; auf die Versuchung, im Sinne einer "sozialen Erwünschtheit" zu antworten, wurde ausdrücklich hingewiesen.

70 % der Studenten waren männlich; das Durchschnittsalter betrug 24 Jahre (Bereich 19 - 48 Jahre). 95 % hatten bereits das Pflegepraktikum absolviert, hatten also wenigstens ein wenig Krankenhaus- und Patientenerfahrung. Erstaunt hat uns, daß von den 233 Studenten und Studentinnen 66 ein naturwissenschaftliches Studium, 30 eine nichtakademische medizinisch-technische Ausbildung, 24 ein Studium in einer philosophischen oder juristischen Fakultät und 18 andere Berufe begonnen oder sogar in 50 % der Fälle abgeschlossen hatten. Knapp die Hälfte der Befragten hatte dazu Krankenhauserfahrungen, die z.T. weit über das Pflegepraktikum hinausgingen - im Extrem bis zu 6 Jahren ! Diese Zusammensetzung der Gruppe spiegelt die Numerus-clausus-Misere heutiger Medizinstudenten sehr deutlich wieder; sie ist

ephemer und wird sich bei wechselnden Zulassungsbedingungen und Gerichtsentscheidungen kurzfristig verändern.

Die Hochschulreife wurde zwischen April 1952 und Anfang 1976 erworben; die meisten Studenten erreichten sie 1975 (20 %); mehr als 50 % allerdings schon vor 1973.

Gesondert befragten wir die Studenten nach ihren Berufswünschen und danach, ob sie selbst bereits einmal Krankenhauspatienten gewesen wären. Bei 46 % war das für mindestens eine Woche schon einmal der Fall gewesen. Auf die Frage nach den Vorstellungen über die berufliche Zukunft gaben 136 (60 %) an, daß sie sich niederlassen wollten - davon 66 als Ärzte für Allgemeinmedizin, der Rest als Fachärzte. 33 wollten im Krankenhaus bleiben, 22 wollten an eine Universitätsklinik oder an ein Institut gehen oder - selten - in einer Behörde arbeiten. 36 hatten andere bzw. noch unsichere Pläne (N = 227).

Der Fragebogen bestand aus 17 meist geschlossenen, z.T. mehrgliedrigen Fragen zu den biographischen Daten sowie zu den "Einstellungen und Erfahrungen" (8 Fragen). Er wurde von den Studenten selbst, in der Regel in ca. 10 Minuten, ausgefüllt.

Soweit also die vier Studien, auf die wir unsere eigenen Aussagen stützen. Ich weise noch einmal ausdrücklich auf das methodisch nicht gelöste Problem der Repräsentativaktivität bei allen befragten Personengruppen hin. Allerdings sind uns keine Gründe ersichtlich, die von vornherein jede Generalisierung der Ergebnisse verbieten würden. Wir sind sicher, nicht nur jeweils lokale Phänomene erfaßt zu haben; wir sind ebenso sicher, mit unseren Daten etwas Wesentliches und Gültiges über die Situation einer umfangreichen Gruppe von Akutkrankenhauspatienten aussagen zu können. Daß diese Wirklichkeit bei den "vernachlässigten" Gruppen der Schwerkranken und Sterbenden, der Alten und der Kinder oder in anderen Fachabteilungen oder Versorgungseinrichtungen sich anders gestaltet, ist trivial; daß sie günstiger aussieht, ist aber nach allem, was wir wissen, zu bezweifeln.

ANHANG 2

Die eigenen Forschungsinstrumente

Es sind nur die Fragen in wörtlicher Formulierung wiedergegeben, aus deren Beantwortung sich die im Text genannten Ergebnisse ergeben haben.

Die Patienteninterviews

Studie I

Frage 10: Wie ist das bei Ihnen; ist es für Sie besser, wenn Sie über alles, was mit der Behandlung Ihrer Krankheit zusammenhängt, Bescheid zu wissen ? Oder ist es besser, wenn Sie möglichst wenig darüber wissen ?

(Begründung)

.....

Frage 28: Ist es für einen Patienten besser alles zu erfahren oder sollte er so wenig wie möglich darüber wissen, was mit seiner Krankheit zusammenhängt ?

(Begründung)

.....

Studie II

Frage 12. Nun wollen wir auf das eingehen, was für Sie wahrscheinlich am wichtigsten ist - nämlich Ihre Krankheit. Können Sie mir sagen, was für eine Krankheit Sie haben ?

nennt

.....

w.n.

K.A.

Wußten Sie das schon selber oder hat Ihnen das der Doktor hier im Krankenhaus gesagt ?

wußte selber (nachfragen woher!)

Doktor hier hat es gesagt

Hat er das von sich aus zu Ihnen gesagt oder haben Sie ihn danach gefragt ?

von selbst gesagt

habe gefragt

Haben Sie schon versucht, es zu erfahren ?

ja

Wieso ohne Erfolg ?

Ärzte wissen es selbst nicht
Ärzte wollen es nicht sagen
anderes

w.n., k.A.

nein

Wieso nicht ?

hatte Angst
hatte keine Gelegenheit
will es nicht wissen
anderes

K.A.

Frage 13. Und wie wird Ihre Krankheit hier vorwiegend behandelt ?
nennt (genau festhalten, Verständnis nachfragen!)

.....

w.n.

k.A.

Und wurde Ihnen gesagt, warum das notwendig ist und
wie das wirkt (bzw. und was bei der Operation
gemacht wird ?)

ja (genau festhalten)

nein

k.A.

Frage 14. Wissen Sie ungefähr, wie lange Sie voraussichtlich
hier im Krankenhaus bleiben müssen ?

ja (nachfragen, von wem:)

w.n.

k.A.

Frage 15. Und hat der Doktor mit Ihnen über den weiteren Verlauf
Ihrer Krankheit gesprochen ?

ja

von wem ging das aus ?

Arzt
Patient
andere
w.n., k.A.

nein

möchten Sie, daß darüber gesprochen wird ?

ja (Grund der Verhinderung erfragen!).....

nein (Grund der Ablehnung erfragen!)

w.n., k.A.

Frage 16. Glauben Sie, daß sich aus Ihrer Krankheit auch nach dem Krankenhausaufenthalt noch Probleme ergeben ? Ich denke da an den Beruf, die Familie u.ä.

ja, nennt

nein, glaube ich nicht

w.n., k.A.

Ist hier darüber gesprochen worden ?

ja

nein

möchten Sie, daß darüber gesprochen wird ?

ja (Grund der Verhinderung)

nein (Grund der Ablehnung)

k.A.

Frage 19. Wie ist das bei Ihnen: Ist es für Sie besser, über das, was mit Ihrer Krankheit und der Behandlung zusammenhängt, Bescheid zu wissen, oder ist es besser, wenn Sie möglichst wenig darüber wissen ?

will Bescheid wissen (Begründung mitnotieren!

.....

will nicht Bescheid wissen (Begründung mitnotieren!)

.....

k.A.

Frage 24. Was meinen Sie, ist für Ihren Stationsarzt das Wichtigste bei der Visite ?

.....

Frage 25. Können Sie sich an eine Visite erinnern, bei der Sie mit dem Doktor über etwas gesprochen haben, was Ihnen besonders wichtig erschien ?

ja, andauernd

ja, kam vor

nein, w.n.

k.A.

worum ging es da ?

von wem ging das Gespräch aus ?

Ist so ein Gespräch eher die Regel oder eher eine Ausnahme ?

eher Regel

eher Ausnahme

k.A.

Hätten Sie öfter das Bedürfnis nach so einem Gespräch ?

ja
nein
k.A.

Gibt es denn Themen, die Sie gerne mit ihm besprechen möchten ?

ja (Inhalte erfragen!)
nein
k.A.

Frage 26. Hat es außer der Visite (andere) Gelegenheit zu solch einem Gespräch gegeben ?

ja (Gelegenheiten erfragen)
nein
k.A.

Frage 27. Haben Sie den Eindruck, daß der Doktor Ihnen genug über Ihren Krankheitszustand erzählt ?

ja
nein
w.n., k.A.
Woran liegt das, meinen Sie ?
nennt Grund
nennt keinen Grund, w.n.
k.A.

Studie III

Interview 1:

Frage 26. Nun wollen wir darauf zurückkommen, was für Sie wahrscheinlich am wichtigsten ist, nämlich auf Ihre Krankheit: Können Sie mir sagen, was für eine Krankheit Sie haben ?

.....
(Verständnis nachfragen !)
Woher wissen Sie das ?
.....
(Quelle)

Frage 27. Und haben Sie eine Vorstellung darüber, wie Sie hier in der nächsten Zeit behandelt werden ?

.....

Frage 28. Wissen Sie schon, wie lange Sie voraussichtlich hier im Krankenhaus bleiben müssen ?

.....
(Quelle)

Frage 29. Wie ist das bei Ihnen: Ist es für Sie besser, über alles, was mit Ihrer Krankheit zusammenhängt, Bescheid zu wissen, oder ist es besser, wenn Sie möglichst wenig darüber wissen ?

.....
(in jedem Fall Begründung !)

Frage 30. Gilt das generell, d.h. für alle Krankheiten, die bei Ihnen auftreten können, also auch für die schweren, lebensbedrohlichen, oder nur für die leichteren, nicht bedrohlichen Krankheiten ?

.....

Frage 47. Zusammenfassend-möchten Sie in folgenden Bereichen, die alle mit Ihrer Krankheit zusammenhängen, Bescheid wissen ?

- a) Ich möchte über Name und Art der Krankheit Bescheid wissen
- b) Ich möchte über die Behandlung meiner Krankheit Bescheid wissen
- c) Ich möchte über die Untersuchungen hier im Krankenhaus Bescheid wissen
- d) Ich möchte über die Folgen der Krankheit für mein Leben Bescheid wissen

möglichst vollständig
im Wesentlichen
möglichst wenig
gar nicht

- e) Ich möchte über ^{die} Dauer des Krankenhausaufenthaltes Bescheid wissen

möglichst genau
im Wesentlichen
möglichst wenig
gar nicht

Frage 48. Würden Sie sagen, daß Sie über Ihre Krankheit im Augenblick Bescheid wissen ?

gut
ziemlich gut
ziemlich schlecht
schlecht

Interview 2:

Frage 9. Wir haben ja in unserem letzten Gespräch ausführlich über Ihre Krankheit gesprochen. Haben Sie inzwischen Zusätzliches über sie erfahren ?

ja (Inhalt, Quelle).....
nein.....
von K A

Frage 10. Halten Sie das, was Ihnen heute bekannt ist, für ausreichend oder nicht ?

ausreichend
nicht ausreichend
w.n., k.A.

Frage 13m. Und nun zu etwas anderem: Ich lese Ihnen hier einige Aussagen über das Leben im Krankenhaus vor. Sagen Sie bitte, ob das jeweils für Sie zutrifft oder nicht (bei "trifft zu":) Und belastet Sie das oder nicht ?

Man weiß nie genau, was mit einem gemacht wird.

Frage 16f. Zum Schluß möchte ich Sie nochmals bitten, ganz kurz zu den folgenden Aussagen Stellung zu nehmen, die ich Ihnen hier vorlese.

Ich möchte gerne mehr über die Ursachen und Folgen meiner Krankheit wissen.
stimme zu lehne ab w.n. k.A.

Interview 3:

Frage 7. Als Patient lernt man im Krankenhaus ja immer etwas über seine Krankheit, was man dann als Wissen mit nach Hause nehmen kann. Können Sie mir bitte jetzt noch einmal genau erklären, um was für eine Krankheit es sich bei Ihnen gehandelt hat (handelt) ?
(Vollständigkeit und Verständnis nachfragen, möglichst wörtlich mitschreiben)

.....

Frage 8. Und wie wurden Sie im einzelnen behandelt ?

Nennt:
w.n., k.A.

Frage 9. Wurde über den möglichen weiteren Verlauf der Krankheit gesprochen ? Und was wissen Sie hierüber ?

ja
nein
falls gesprochen, nennt:
w.n., k.A.

Frage 10. Sind Sie zufrieden mit dem, was Sie heute im ganzen über Ihre Krankheit wissen ?

ja
nein
w.n., k.A.

Frage 11. Über welche Bereiche, die ich Ihnen gleich nennen möchte, würden Sie gern noch genauer Bescheid wissen ?

Art der Krankheit	ja	nein
Ihre Ursachen	ja	nein
Therapie und Untersuchungen hier im Krankenhaus	ja	nein
Verlauf der Krankheit und ihre Folgen nach dem Aufenthalt	ja	nein
Wie Sie sich draußen bezüglich Ihrer Krankheit verhalten müssen	ja	nein
Welche Behandlung weiter nötig sein wird	ja	nein

Frage 12. Haben Sie selbst, außer sich an Ärzte und Schwestern zu wenden, etwas unternommen, um mehr über Ihre Krankheit in Erfahrung zu bringen ?

ja
 nein
 w.n., k.A.

Frage 20c. Ist die Visite Ihrer Erfahrung nach eher eine Gelegenheit, wo mit dem Patienten gesprochen wird oder eher eine Situation, wo über ihn gesprochen wird ?

.....

Arztfragebogen

Studie II bzw. III

Frage 9. Bitte geben Sie für folgende Bereiche an, ob Sie Ihre Patienten eher vollständig oder mit bestimmten Einschränkungen aufklären:

eher eher mit
 vollständig Einschränkungen

Ziele diagnostischer Maßnahmen
 Diagnose, Art und Entstehung der Krankheit

Ziele therapeutischer Maßnahmen
 Prognose, Lebenserwartung
 voraussichtliche Aufenthaltsdauer

Wenn Sie in einer Zeile "mit Einschränkungen" angekreuzt haben - wovon machen Sie die Einschränkungen im allgemeinen abhängig ?
 Welche der folgenden Kriterien stehen für Sie im Vordergrund ?

(bitte die 3 für Sie wichtigsten Kriterien ankreuzen)

Alter der Patienten
 Intelligenz
 psychische Labilität
 Prognose
 soziale Herkunft
 Kooperationsbereitschaft
 Informationsbedürfnis
 anderes, nämlich

Frage 11. Wie wichtig sind Ihnen bei der täglichen Stationsvisite folgende Aspekte (bitte pro Zeile 1 Kreuz)

sehr wichtig wichtig eher unwichtig völlig unwichtig

Fixierung und Kontrolle des Therapieplans

Regelung organisatorischer Probleme auf Station

Den Patienten während d. Aufenthaltes führen und beruhigen

Kontrolle d. pflegerischen Arbeiten

Abstimmung mit anderen Ärzten (z.B. OA, Zweitarzt)

Mit dem Patienten über Probleme sprechen, die sich für ihn in Familie und Beruf aus seiner Krankheit ergeben

Einleitung und Überwachung diagnostischer Maßnahmen

Überlegungen zur Differentialdiagnose

Dem Patienten laufende medizinische Maßnahmen erläutern

Beschwerden d. Patienten entgegennehmen

Die Schwester über Befunde und diag. Maßnahmen informieren

Lebensumstände d. Patienten besser kennenlernen

sehr wichtig	wichtig	eher unwichtig	völlig unwichtig
-----------------	---------	-------------------	---------------------

Kontrolle d. aktuellen
Zustandes d. Patienten

Koordination von ärzt-
lichen und pflegeri-
schen Maßnahmen

Sich bei der Schwester
zusätzlich über den
Patienten informieren

Frage 12. Wie schätzen Sie das allgemeine Informationsbedürfnis
Ihrer Patienten bezüglich ihrer Krankheit ein ?

als sehr hoch
als ziemlich hoch
als ziemlich niedrig
als sehr niedrig

Frage 13. Gilt diese Einschätzung generell, d.h. auch für die
prognostisch ungünstigen Fälle oder nur für die Patienten, die
leichter erkrankt sind ?

gilt generell
nur für leichter Erkrankte

Frage 14. Worüber, meinen Sie, wollen die Patienten am weitge-
hendsten aufgeklärt sein ? (Bitte die beiden Ihrer Meinung nach
für die Patienten wichtigsten Bereiche ankreuzen:

Ziele diagnostischer Maßnahmen
Diagnose, Art und Entstehung der Krankheit
Ziele therapeutischer Maßnahmen
Prognose, Lebenserwartung
voraussichtliche Aufenthaltsdauer

Medizinalstudentenfragebogen:

Studie IV

Frage 8. Bitte geben Sie für folgende Bereiche an, ob Sie -
wenn Sie im Krankenhaus tätig wären - Ihre Patienten eher
vollständig oder mit bestimmten Einschränkungen aufklären würden:

eher	eher mit
vollständig	Einschränkungen

Ziele diagnostischer Maß-
nahmen

Diagnose, Art und Entste-
hung der Krankheit

Ziele therapeutischer Maß-
nahmen

eher eher mit
vollständig Einschränkungen

Prognose, Lebenserwartung
voraussichtliche Aufenthalts-
dauer

Frage 9. Wenn Sie in einer Zeile "mit Einschränkungen" angekreuzt haben, wovon machen Sie die Einschränkungen im allgemeinen abhängig ? Welche der folgenden Kriterien stehen für Sie im Vordergrund ? (bitte die 3 für Sie wichtigsten Kriterien ankreuzen)

Alter der Patienten
Intelligenz
psychische Labilität
Prognose
soziale Herkunft
Kooperationsbereitschaft
Informationsbedürfnis
anderes, nämlich

Frage 10. Wie schätzen Sie das allgemeine Informationsbedürfnis der Patienten bezüglich ihrer Krankheit ein ?

als sehr hoch
als ziemlich hoch
als ziemlich niedrig
als sehr niedrig

Frage 11. Gilt diese Einschätzung generell, d.h. auch für die prognostisch ungünstigen Fälle oder nur für die Patienten, die leichter erkrankt sind ?

gilt generell
nur für leichter Erkrankte

Frage 12. Worüber, meinen Sie, wollen die Patienten am weitgehendsten aufgeklärt sein ? (Bitte die beiden Ihrer Meinung nach für die Patienten wichtigsten Bereiche ankreuzen!)

Ziele diagnostischer Maßnahmen
Diagnose, Art und Entstehung der Krankheit
Ziele therapeutischer Maßnahmen
Prognose, Lebenserwartung
voraussichtliche Aufenthaltsdauer

13. Haben Sie schon einmal miterlebt, daß eine Krankheitsinformation von seiten des Arztes für einen Patienten negative Folgen hatte?

ja
Art und Ausmaß der Folgen
nein

LITERATURVERZEICHNIS

ABRAHAMSSON, B.:

Bureaucracy or participation. The logic of organization.
Beverly Hills (Sage) (1977)

ACKERKNECHT, E.H.:

Medicine at the Paris hospital
Baltimore (John Hopkins) (1967)

ACKERKNECHT, E.H.:

Geschichte der Medizin
Stuttgart (Enke) 3. (1977)

ADAMS, J.E. and E. LINDEMANN:

Coping with long-term disability
In: G.V. Coelho, D.A. Hamburg and J.E. Adams (eds.):
Coping and adaptation
New York (Basic Books) (1974), 127-138

AITKEN-SWAN, J. and E.C. EASSON:

Reactions of cancer patients on being told their
diagnosis
British Medical Journal 21 (1959), 779-783

ANDREW, J.M.:

Recovery from surgery, with and without preparatory
instruction, for three coping styles
Journal Personality Social Psychology 15 (1970), 223-226

ANONYMA:

Sterben im Krankenhaus
Freiburg (Herder) (1976)

ANSOHN, E.:

Die Wahrheit am Krankenbett
Hamburg (Furche) (1975)

ARNDT, H.J.:

Schriftliche Aufklärung als Grundlage des individuellen
Aufklärungsgesprächs vor Standardoperationen im
HNO-Bereich
Laryngologie Rhinologie 54 (1975), 699-707

ATTESLANDER, P. und A. KNEUBÖHLER:

Verzerrungen im Interview

Opladen (Westdeutscher Verlag) (1975)

AUERBACH, ST.M.:

Traite-state anxiety and adustment to surgery

Journal Consulting Clinical Psychology 40 (1973), 264-271

AVERILL, J.R.:

Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress

Psychological Bulletin 80 (1973), 286-303

AVERILL, J.R., E.M. OPTON and R. LAZARUS:

Cross-cultural studies of psychophysiological response during stress and emotion

In: L. Levi (ed.): Society, stress and disease. Vol. 1. London (Oxford University Press) (1971), 110-124

AVERILL, J.R., L. O'BRIEN and G.W. DeWITT:

The influence of response effectiveness on the preference for warning and on psychophysiological stress reactions

Journal Personality 45 (1977), 395-418

BAEKELAND, F. and L. LUNDWALL:

Dropping out of treatment: a critical review.

Psychological Bulletin 82 (1975), 738-783

BALINT, M., D.H. BALL und M.L. HARE:

Unterrichtung von Medizinstudenten in patientenzentrierter Medizin

Psyche 23 (1969), 532-546

BAPNIKEL, W.:

Zur ärztlichen Aufklärungspflicht

Deutsche Medizinische Wochenschrift 102 (1977), 812

BARNLUND, D.C.:

The mystification of meaning: doctor-patient encounters.

Journal Medical Education 51 (1976), 716-725

BAPOFSKY, I. (ed.):

Medication compliance

Thorofare (Slack) (1977)

BARTHOLOMEYCZIK, S. und E. BARTHOLOMEYCZIK:

Der Patient in den Institutionen des Gesundheitswesens

In: S. Geissler und P. Thoma (Hrsg.): Medizinsoziologie. Frankfurt (Campus) (1975), 247-263

BECHER, W.:

Geschichte der Krankenhäuser

In: M. Neuburger und J. Pagel (Hrsg.): Handbuch der
Geschichte der Medizin
Band 3. Jena (G. Fischer) (1905), 1023-1041

BECKER, M.H.:

Sociobehavioral determinants of compliance

In: D.L. Sackett and R.B. Haynes (eds.):
Compliance with therapeutic regimens
Baltimore (John Hopkins) (1976), 40-50

BECKER, W., E. DEUTSCH, F.-J. KNAPPEN und K. NÖSSGENS:

Probleme der fachärztlichen Aufklärungspflicht
Laryngologie Rhinologie 54 (1975), 783-808

BEGEMANN, H.:

Emanzipation und Sozialisation als Grundlage und Ziel
ärztlichen Handelns und künftiger Krankenhausstrukturen
Medizinische Klinik 68 (1973), 533-538

BEGEMANN-DEPPE, M.:

Sprechverhalten und Thematisierung von Krankheitsinfor-
mation im Rahmen von Stationsvisiten
Phil.Diss. Freiburg i.Br. (1978)

BERGER, H.:

Die Krankenhaussituation in Hannover
Arzt und Krankenhaus 2 (1977), No.5, 22-27

BERGER, P.L. und TH. LUCKMANN:

Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit
Frankfurt (Fischer) 2. (1971)

BERLYNE, D.E.:

The affective significance of uncertainty
In: G. Serban (ed.): Psychopathology of human adaptation
New York (Plenum) (1976), 319-341

BILLROTH, TH.:

Ober Hospitalismus
Wiener Medizinische Presse 10 (1869), 1115-1118

BLACKWELL, B.:

Patient compliance
New England Journal Medicine 289 (1973), 249-252

BLACKWELL, R.:

Treatment adherence

British Journal Psychiatry 129 (1976), 513-531

ROCKELMANN, P.:

Aufklärungspflicht des Arztes aus juristischer Sicht

Hessisches Ärzteblatt 38 (1977), 274-282

V. BOKAY, J.:

Geschichte der Kinderheilkunde

Berlin (Springer) (1922)

BREWIN, T.B.:

The cancer patient: communication and morale.

British Medical Journal (1977), 2, 1623-1627

BROWN, R.:

The growth of industrial bureaucracy-chance, choice or necessity ?

In: P.R. Gleichmann, J. Goudsblom and H. Korte (eds.): Human figurations. Essays for Norbert Elias. Amsterdam (Amsterdams Sociologisch Tijdschrift) (1977), 191-210

BROWN, W.A. and G. HENINGER:

Stress-induced growth hormone release:
Psychologic and physiologic correlates.

Psychosomatic Medicine 38 (1976), 145-147

BRÜCK, K.:

Physiologische Aspekte der Anpassung

Archiv für Physikalische Therapie 21 (1969), 217-224

BUCHER, R. and J. STELLING:

Characteristics of professional organizations

Journal Health and Social Behavior 10 (1969), 3-15

BUTT, H.P.:

A method for better physician-patient communication

Annals Internal Medicine 86 (1977), 478-480

CARPENTER, J.O. and L.J. DAVIS:

Medical recommendations - followed or ignored ?
Factors influencing compliance in arthritis.

Archives Physical Medicine Rehabilitation 57 (1976),
241-246

CARTWRIGHT, A.:

Human relations and hospital care
London (Routledge and Kegan Paul) (1964)

CARTWRIGHT, A.:

Communication between doctors and patients
Proceedings Royal Society Medicine 61 (1968), 561-563

CARTWRIGHT, A.:

What goes on in the general practitioner's surgery ?
In: R.M. Acheson and L. Aird (eds.): Seminars in
community medicine. Vol. 1. Sociology.
London (Oxford University Press) (1976), 23-48

CARTWRIGHT, A., L. HOCKEY and J.L. ANDERSON:

Life before death
London (Routledge and Kegan Paul) (1973)

CASSELL, E.J.:

The conflict between the desire to know and the need to
care for the patient
In: S.F. Spieker (ed.): Organism, medicine, and
methaphysics.
Dordrecht (Reidel) (1978), 57-72

CASSEL, J.:

Physical illness and response to stress
In: S. Levine and N.A. Scotch (eds.): Social stress.
Chicago (Aldine) (1970), 189-209

CASSEL, J.:

Psychosocial processes and "stress":
Theoretical formulation.
International Journal Health Services 4 (1974), 471-482

CHAPMAN, C.R. and G.B. COX:

Anxiety, pain, and depression surrounding elective surgery:
a multivariate comparison of abdominal surgery patients
with kidney donors and recipients.
Journal Psychosomatic Research 21 (1977), 7-15

CHIRIBOGA, D.A. and H. DEAN:

Dimensions of stress: Perspective from a longitudinal
study.
Journal Psychosomatic Research 22 (1978), 47-55

COBB, S.:

Social support as a moderator of life stress
Psychosomatic Medicine 38 (1976), 300-314

COE, R.M.:

Sociology of medicine
New York (McGraw-Hill) (1970)

COHEN, F. and R.S. LAZARUS:

Active coping processes, coping dispositions and recovery
from surgery
Psychosomatic Medicine 35 (1973), 375-389

COOPER, C.E. and D.H. NELSON:

ACTH levels in plasma in preoperative and surgically
stressed patients
Journal Clinical Investigation 41 (1962), 1599-1605

COULTHARD, M. and M. ASHBY:

A linguistic description of doctor-patient interviews
In: M. Wadsworth and D. Robinson (eds.):
Studies in everyday medical life
London (Robinson) (1976), 69-88

COX, C. and A. MEAD (eds.):

A sociology of medical practice
London (Collier-MacMillan) (1975)

CROOG, S.H. and D.F. VER STEEG:

The hospital as a social system
In: H.E. Freeman, S. Levine and L.G. Reeder (eds.):
Handbook of medical sociology. Englewood Cliffs
(Prentice-Hall) 2. (1972), 274-314

DAVIS, F.:

Uncertainty in medical prognosis: clinical and
functional.
American Journal Sociology 66 (1960/61), 41-47

DAVIS, M.S.:

Variations in patients' compliance with doctors
orders
Journal Medical Education 41 (1968), 1037-1048

DAVIES-OSTERKAMP, S.:

Angst und Angstbewältigung bei chirurgischen Patienten
Medizinische Psychologie 3 (1977), 169-184

DEMLING, L. und H. FLÖGEL:

Wie steht der Patient zur Aufklärungspflicht des Arztes ?
Deutsche Medizinische Wochenschrift 100 (1975), 1587-1589

DENEKE, V.:

Unveräußerliche Rechte des Bürgers in unserem
Gesundheitssystem

Hessisches Ärzteblatt 37 (1976), 766-777

DEPNER, R.:

Ärztliche Ethik und Gesellschaftsbild

Stuttgart (Enke) (1974)

DIRNAGL, K., H. DREXEL und J. KLEINSCHMIDT:

Analyse des Kurverlaufes

Münchener Medizinische Wochenschrift 116 (1974), 529-536

DOHRENWEND, B.S. and B.P. DOHRENWEND:

Some issues in research on stressful life events

Journal of Nervous and Mental disease 166 (1978), 7-15

DREITZEL, H.P.:

Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der
Gesellschaft

Stuttgart (Enke) (1968)

DUBACH, U.C. und K.N. v. RECHENBERG:

Krankheitsverständnis und Patient-Arzt-Beziehung
in der Ambulanz

Deutsche Medizinische Wochenschrift 102 (1977), 1239-1244

DUFF, R.S. and A.B. HOLLINGSHEAD:

Sickness and society

New York (Harper & Row) (1968)

DURKHEIM, E.:

Regeln der soziologischen Methode

Neuwied (Luchterhand) 3. (1970)

EARTHROWL, B. and M. STACEY:

Social class and children in hospital

Social Science Medicine 11 (1977), 83-88

EGBERT, L.D., G.E. BATTIT, C.E. WELCH and M.K. BARTLETT:

Reduction of postoperative pain by encouragement and
instruction of patients

New England Journal Medicine 270 (1964), 825-827

EHLERT, C.P.:

Die psychische Führung des chirurgischen Patienten

In: R.Frey, H.-U. Gerbershagen und K.-P.Müller (Hrsg.):
Psychische Führung am Krankenbett.

Stuttgart (Fischer) (1976), 25-28

V. EISELSBERG, A.:

Lebensweg eines Chirurgen
Innsbruck (Deutscher Alpenverlag) (1941)

ENGELHARDT, K.:

Der Patient in seiner Krankheit
Stuttgart (Thieme) (1971)

ENGELHARDT, K.:

Gesundheitserziehung und Gesundheitsbildung
im Krankenhaus
Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt (1977), H.7, 453-458

ENGELHARDT, K.:

Patienten-zentrierte Medizin
Stuttgart (Enke) (1978)

ENGELHARDT, K. und G. TISCHER:

Das Erlebnisfeld organisch Herzkranker
Münchener Medizinische Wochenschrift 111 (1969), 2606-2613

ENGELHARDT, K., A. WIRTH und L. KINDERMANN:

Kranke im Krankenhaus
Stuttgart (Enke) (1973)

ENKE, H., E. ENKE-FERCHLAND, P. MAHLZAHN, H. POHLMEIER und
G.-W. SPEIERER

Lehrbuch der Medizinischen Psychologie
München (Urban & Schwarzenberg) 4. (1977)

ERDMANN, H., H.G. OVERRATH, W. ADAM und TH. V. UEXKOLL:

Organisationsprobleme der Ärztlichen Krankenversorgung
In: H. Begemann (Hrsg.): Patient und Krankenhaus
München (Urban & Schwarzenberg) (1976), 137-145

EULNER, H.-H.:

Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den
Universitäten des deutschen Sprachgebietes
Stuttgart (Enke) (1970)

FAHRENBURG, J., H. SELG und R. HAMPEL:

Das Freiburger Persönlichkeits-Inventar FPI.
Handanweisung
Göttingen (Hogrefe) 3. (1978)

V. FERRER, CH.:

Soziologie für Mediziner
Berlin (Springer) (1975)

V. FERRER, L.:

Die Verständigung zwischen Arzt und Patient
Der Praktische Arzt 8 (1971), 888-902

V. FERRER, L.:

Die Sprachsoziologie als eine Methode der Untersuchung
des Arzt-Patient-Verhältnisses
Kölner Zeitschrift Soziologie und Sozialpsychologie 27
(1975), 86-96

FINZEN, A.:

Arzt, Patient und Gesellschaft
Stuttgart (Fischer) (1969)

FISCHER, A.:

Geschichte des deutschen Gesundheitswesens.
Band II. Reprographischer Nachdruck
Hildesheim (Olms) (1965)

FISCHER, K.J.:

Warum redet keiner mit mir ?
Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt (1977), 636-639

FITTS, W.T. and I.S. RAVDIN:

What Philadelphia physicians tell patients with cancer
Journal American Medical Association 153 (1953),
901-904

FLEISCHMAN, A.I., M.L. BIERENBAUM and A. STIER:

Effect of stress due to anticipated minor surgery upon
in vivo platelet aggregation in humans
Journal Human Stress 2 (1976), 33-37

FLETCHER, C.M.:

Communication in medicine
The Nuffield Provincial Hospitals Trust (1973)

FRANCIS, V., B.M. KORSCH and M.J. MORRIS:

Gaps in doctor-patient communication
New England Journal Medicine 280 (1969), 535-540

FRANKENHAEUSER, M.:

Experimental approaches to the study of human behavior
as related to neuroendocrine functions
In: L. Levi (ed.): Society, stress and disease.
Vol. 1. London (Oxford University Press) (1971), 22-35

FRANKENHAEUSER, M.:

The role of peripheral catecholamines in adaptation to understimulation and overstimulation

In: G. Serban (ed.): Psychopathology of human adaptation
New York (Plenum) (1976), 173-192

FRANKENHAEUSER, M., E. DUNNE and U. LUNDBERG:

Sex differences in sympathetic-adrenal medullary reactions induced in different stressors

Psychopharmacology 47 (1976), 1-5

FREEMON, B., V.F. NEGRETE, M. DAVIS and B.M. KORSCH:

Gaps in Doctor-Patient Communication: Doctor-Patient Interaction Analysis.

Pediatric Research 5 (1971), 298-311

FREIDSON, E.:

Review essay: Health factories, the new industrial sociology.

Social Problems 14 (1967), 493-500

FREIDSON, E.:

Dominanz der Experten

München u.a.O. (Urban & Schwarzenberg) (1975)

FREUD, A.:

Das Ich und die Abwehrmechanismen

München (Kindler) o.J.

FREUD, S.:

Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse und Neue Folge

Frankfurt (Fischer) (1969)

FREY, R., H.-U. GERRERSHAGEN und K.-P. MÖLLER (Hrsg.):

Psychische Führung am Krankenbett

Stuttgart (Fischer) (1976)

GAL, R. and R.S. LAZARUS:

The role of activity in anticipating and confronting stressful situations

Journal Human Stress 1 (1975), 4-20

GALLWAS, H.-U.:

Zur Legitimation ärztlichen Handelns

In: G. Rüttner u.a. (Hrsg.): Biologische Medizin
Heidelberg (E. Fischer) (1977), 62-68

GEERTSEN, H.R., R.M. GRAY and J.R. WARD:

Patient non-compliance within the context of seeking
medical care for arthritis

Journal Chronic Diseases 26 (1973), 689-698

GEILEN, G.:

Rechtsfragen der ärztlichen Aufklärungspflicht

In: A. Mergen (Hrsg.): Die juristische Problematik in
der Medizin. Band II.

München (Goldmann) (1971), 11-43

GEORGOPOULOS, B.S.:

Hospital organization research: Review and source book.

Philadelphia (Saunders) (1975)

GEORGOPOULOS, B.S. and F.C. MANN:

The hospital as an organization

In: E.G. Jaco (ed.): Patients, physicians and illness
New York (Free Press) 2. (1972), 304-311

GERLE, B., G. LUNDÉN and PH. SANDBLOM:

The patient with inoperable cancer from the
psychiatric and social standpoints

Cancer 13 (1960), 1206-1217

GIESEN, H.-K.:

Kardiale Nebenwirkungen der Ösophago-Gastro-Duodenoskopie
in Abhängigkeit von der Prämedikation

Deutsche Medizinische Wochenschrift 103 (1978), 1517-1520

GILBERTSEN, V.A. and O.H. WANGENSTEEN:

Should the doctor tell the patient that the disease
is cancer?

Cancer 12 (1962), 82-86

GLOIS, B.:

Das Allgemeine Krankenhaus in Wien und seine Geschichte
Wien (Maudrich) (1965)

GOLDEN, J.S. and G.D. JOHNSTON:

Problems of distortion in doctor-patient communications

Psychiatry in Medicine 1 (1970), 127-149

GOLDSCHMIDT, D.:

Patient als Krankenmaterial

Evangelische Kommentare 10 (1977), H.1, 48-49

GORDIS, L.:

Methodologic issues in the measurement of patient compliance

In: D.L. Sackett and R.B. Haynes (eds.): Compliance with therapeutic regimens
Baltimore (John Hopkins) 1976, 51-66

GOSS, M.F.W.:

Patterns of bureaucracy among hospital staff physicians

In: E. Freidson (ed.): The hospital in modern society
London (Free Press) (1963), 170-194

GOSTOMZYK, J.G., G. HESS und H. LEITHOFF:

Die Aufklärungspflicht aus ärztlicher Sicht
Deutsches Ärzteblatt (1973), 25-32

GREEN, ST.:

The hospital: An organizational analysis
Glasgow and London (Blackie) (1974)

GROSS, R. und R. FRITZ:

Die Wissenslawine und ihre Bewältigung durch den Arzt
Deutsches Ärzteblatt 71 (1974), 871-878 und 948-958

GÜNDERT-REMY, U., V. MÖNTMANN und E. WEBER:

Studien zur Regelmäßigkeit der Einnahme verordneter
Medikamente bei stationären Patienten. Teile I und II
Innere Medizin 2 (1978), 27-33 und 78-83

GUTTSTADT, A.:

Krankenhaus-Lexikon für das Königreich Preußen.
II Theil. Berlin (Verlag des königlichen und
statistischen Bureaus) (1886)

HABECK, D., H.J. ENGEL und W. MÖNSTERMANN:

Patientenmeinungen zur ärztlichen Informierung
Münchener Medizinische Wochenschrift 119 (1977), 861-864

HALHUBER, M.:

Über das Rollenverständnis von Ärzten und Patienten
Therapie der Gegenwart 117 (1978), 143-160

HALLERMANN, W.:

Ärztliche Aufklärung aus medizinischer Sicht
In: A. Mergen (Hrsg.): Die juristische Problematik in
der Medizin. Band II. München (Goldmann) (1971), 44-62

HAMBURG, D.A. and J.E. ADAMS:

A perspective on coping behavior

Archives of General Psychiatry 17 (1967), 277-284

HAMBURG, D.A., G.V. COELHO and J.E. ADAMS:

Coping and adaptation: steps towards a synthesis of biological and social perspectives

In: G.V. Coelho, D.A. Hamburg and J.E. Adams (eds.):
Coping and adaptation

New York (Basic Books) (1974), 403-440

HARLEM, O.K.:

Communication in medicine

Basel (Karger) (1977)

HARTMANN, F.:

Kranksein im Krankenhaus

Vortrag vor der 109. Versammlung der Gesellschaft
Deutscher Naturforscher und Ärzte, Stuttgart (1976)

HARTMANN, F.:

Das Verständnis des Menschen in der gegenwärtigen
Medizin

Medizin Mensch Gesellschaft 2 (1977), 144-151

HARYCH, I.:

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient

Zeitschrift Ärztliche Fortbildung 70 (1976), 1234-1237

HASELOFF, O.W.:

Probleme der Diffusion von Innovationen im Bereich
der Medizin

In: O. Nacke und G. Wagner (Hrsg.): Dokumentation und
Information im Dienste der Gesundheitspflege,
Stuttgart (Schattauer) (1976), 3-16

HENSEL, H.:

Physikalische Umwelt und menschlicher Organismus

Therapiewoche 15 (1965), 113-121

HENSEL, H.:

Grundbegriffe der physiologischen Adaptation

Kolloquien des Sonderforschungsbereiches Adaptation
und Rehabilitation der Philipps-Universität Marburg,
Band II. Marburg (1974), 1-8

HENSEL, H. and G. HILDERRANDT:

Organ systems in adaptation: The nervous system.
Handbook of Physiology. Sec. 4.

Washington D.C. (American Physiological Society) (1964)
55-72

HESS, R.:

Inhalt und Grenzen der Ärztlichen Aufklärungspflicht
Der Praktische Arzt 12 (1975), 2120-2125

HILDEBRANDT, G.:

Physiologische Grundlagen der Rehabilitation
Zeitschrift physikalische Medizin 5 (1976), 215-228

HILDEBRANDT, G. und D. FRANK:

Der subjektive Verlauf der aktivierenden Kneipp-Kurbe-
handlung und seine Abhängigkeit vom biologischen
Jahresrhythmus
Zeitschrift Physikalische Medizin 3 (1975), 177-194

HJININGS, C.R., D.S. PUGH, D.J. HICKSON und C. TURNER:

Ein Ansatz zur Analyse des Bürokratiephänomens
In: E. Grochla (Hrsg.): Organisationstheorie
1. Teilband, Stuttgart (Poeschel) (1975), 106-117

HIRSCH, ST.R. and J.P. LEFF:

Abnormalities in parents of schizophrenics
London (Oxford University Press) (1975)

HOFF, F.:

Der Auftrag des Arztes heute
Therapiewoche 24 (1974), 4692-4704

HOFF, F.:

Der Arzt und die Wahrheit
In: Ders.: Von Krankheit, von Heilung und vom Sterben
Stuttgart (Schattauer) (1975), 267-285

HOLAND, J.C.B.:

Coping with cancer: a challenge to the behavioral
sciences
In: J.W.Cullen, B.H. Fox and R.N. Isom (eds.):
Cancer: The behavioral dimensions
New York (Raven) (1976), 263-268

HOLLMANN, W.:

Zur Kritik an der modernen Medizin
Medizinische Klinik 72 (1977), 570-574

HOROWITZ, M., C. SCHAEFFER, D. HIRITO, N. WILNER, B.S. LEVIN:

Life event questionnaires for measuring presumptive
stress
Psychosomatic Medicine 39 (1977), 413-431

HOUSTON, CH.S. and W.E. PASANEN:

Patients' perceptions of hospital care
Hospitals 46 (1972), 70-74

HOWARD, J.:

Humanization and dehumanization of health care

In: J. Howard and A. Strauss (eds.): Humanizing health care

New York (Wiley) (1975), 57-102

HOWARD, J. and A. STRAUSS (eds.):

Humanizing health care

New York (Wiley) (1975)

HUGH-JONES, P., A.R. TANSER and C. WHITBY:

Patients' view of admission to a London teaching hospital

British Medical Journal 2 (1964), 660-664

HULKA, B.S., ST.J. ZYZANSKI, J.C. CASSEL and SH.J. THOMPSON:

Scale for the measurement of attitudes towards physicians and primary medical care

Medical Care 8 (1970), 429-435

HULKA, B.S., J.C. CASSEL, L.L. KUPPER and J.A. BURDETTE:

Communication, compliance and concordance between physicians and patients with prescribed medications

American Journal Public Health 66 (1976), 847-853

HURST, M.W., C.D. JENKINS and R.M. ROSE:

The assessment of life change stress: a comparative and methodological inquiry.

Psychosomatic Medicine 40 (1978), 126-141

IMBUS, SH.H. and B.E. ZAWACKI:

Autonomy for burned patients when survival is unprecedented

New England Journal Medicine 297 (1977), 308-311

JANIS, I.L.:

Psychological Stress

New York (Wiley) (1958)

JANIS, I.L.:

Stress and frustration

New York (Harcourt, Brace, Jovanovich) (1971)

JANIS, I.L. and H. LEVENTHAL:

Psychological aspects of physical illness and hospital care

In: R. Wollman (ed.): Handbook of clinical psychology. New York (McGraw Hill) (1965), 1360-1377

JANIS, I.L. and H. LEVENTHAL:

Human reactions to stress

In: E.F. Borgatt and W.W. Lambert (eds.):
Handbook of personality theory and research.
Chicago (Rand McNally) (1968), 1041-1085

JANIS, I.L. and L. MANN:

Emergency decision making: a theoretical analysis of
response to disaster warning.

Journal Human Stress 3 (1977), 35-48

JASPERS, K.:

Die Idee des Arztes und ihre Erneuerung

In: Umstrittene Probleme der Medizin
Stuttgart und Zürich (Medica Verlag) (1954), 151-163

JASPERS, K.:

Schicksal und Wille

München (Piper) (1967)

JASPERS, K.:

Allgemeine Psychopathologie

Berlin (Springer) 9. (1973)

JETTER, D.:

Das Krankenspital in Bamberg

Krankenhaus 53 (1961), 508-514

JETTER, D.:

Die ersten Universitätskliniken westdeutscher Staaten

Deutsche Medizinische Wochenschrift 87 (1962),
2037-2042

JETTER, D.:

Struktur und Aufgabe des Krankenhauses um 1800

Krankenhaus 54 (1962), 359-366

JETTER, D.:

Das Krankenhaus des 19. Jahrhunderts, bauliche Ent-
wicklung und gesellschaftliche Funktion.

In: W. Artelt und W. Ruegg (Hrsg.): Der Arzt und der
Kranke in der Gesellschaft des 19. Jahrhunderts

Stuttgart (Enke) (1967), 70-81

JETTER, D.:

Grundzüge der Krankenhausgeschichte (1800-1900)

Darmstadt (Wissenschaftliche Buchgesellschaft) (1977)

JOHNSON, J.E. and H. LEVENTHAL:

Contribution of emotional and instrumental response processes to adaptation to surgery

Journal Personality Social Psychology 20 (1971), 55-64

JOHNSON, J.E. and H. LEVENTHAL:

Effects of accurate expectations and behavioral instructions on reactions during a noxious medical examination

Journal Personality Social Psychology 29 (1974), 710-718

JONES, R.K. and P.A. JONES:

Sociology in medicine

London (English Universities Press) (1975)

JOYCE, C.R.B.:

Patient cooperation and the sensitivity of clinical trials

Journal Chronic Diseases 15 (1962), 1025-1036

JOYCE, C., G. CAPLE, M. MASON, E. REYNOLDS and J.A. MATHEWS:

Quantitative study of doctor-patient communication

Quarterly Journal Medicine 38 (1969), 183-194

KASL, ST.V.:

Issues in patient adherence to health care regimens

Journal Human Stress 1 (1975), 5-17, 48

KATZ, J.L., H. WEINER , T.F. GALLAGHER and L. HELLMAN:

Stress, distress, and ego defenses. Psychoendocrine response to impending breast tumor biopsy.

Archives General Psychiatry 23 (1970), 131-142

KAUFMANN, L.:

Familie, Kommunikation und Psychose

Bern (Huber) (1972)

KAUTZKY, R.:

Menschlichkeit im Krankenhaus

Krankenhaus 69 (1977), 373-378

KELLY, W.D. and ST.R. FRIESEN:

Do cancer patients want to be told ?

Surgery 27 (1950), 822-826

KENDALL, P.L. and G.G. READER:

Contribution of sociology to medicine

In: H.E. Freeman, S. Levine and L.G. Reeder (eds.):
Handbook of medical sociology
Englewood Cliffs (Prentice Hall) 2. (1972), 1-29

KINCEY, J., P. BRADSHAW and P. LEY:

Patients' satisfaction and reported acceptance of
advice in general practice

Journal Royal College General Practitioners 25 (1975),
558-566

KIRITZ, St. and R.H. MOOS:

Physiological effects of social environments

Psychosomatic Medicine 36 (1974), 96-114

KIRSCHT, J.P.:

Communications between patients and physicians

Annals Internal Medicine 86 (1977), 499-500

KOCH, U.:

Wie Ärzte sich selbst und ihre Patienten sehen.

Psychologie Heute 2 (1975), 13-17, 76

KÖHLE, H.u.a.:

Klinische Psychosomatik

In: H. Begemann (Hrsg.): Patient und Krankenhaus
München (Urban & Schwarzenberg) (1976), 91-135

KÖHLE, H., D. RÜCK und A. GRAUHAN:

Die internistisch-psychosomatische Krankenstation
Basel (Editiones Roche) (1977)

KORSCH, B.M., E.K. GOZZI and V. FRANCIS:

Gaps in doctor-patient communication

Pediatrics 42 (1968), 855-871

KORSCH, B.M. and V.F. NEGRETE:

Doctor-Patient Communication

Scientific American (1972), 66-74

V. KRESS, H.:

Über Ärztliche Haltung und Handlung

Deutsches Medizinisches Journal 11 (1960), 545-551

V. KRESS, H.:

Das Ärztliche Gespräch

Langebecks Archiv Chirurgie 332 (1972), Vortrag 94

KÜBLER-ROSS, E.:

Was können wir noch tun ?

Stuttgart (Kreuz Verlag) (1974)

KUHLENDAHL, H.:

Die ärztliche Aufklärungspflicht oder der kalte Krieg
zwischen Juristen und Ärzten

Deutsches Ärzteblatt 75 (1978), 1984-1986, 2003-2007

KURELLA, ST.:

Die sozialen Bedürfnisse des Patienten

Zeitschrift Ärztliche Fortbildung 70 (1976), 1240-1243

KUROKAWA, N., H. SUEMATSU, H. TAMAI, M. ESAKI, H. AOKI and
Y. IKEMI:

Effect of emotional stress on human growth hormone
secretion

Journal Psychosomatic Research 21 (1977), 231-235

KWOK BUN CHAN:

Individual differences in reactions to stress and their
personality and situational determinants

Social Science Medicine 11 (1977), 89-103

LASAGNA, L. (ed.):

Patient compliance

Principles and techniques of human research and
therapeutics. Vol. X.

Mount Liso (Eutnea Publishing Corp.) (1976)

LAUENSTEIN, D.:

Die "Würde des Menschen" bei Arzt und Patient

Deutsches Ärzteblatt 73 (1976), 2173-2178

LAZARUS, R.S.:

The self-regulation of emotion

In: L. Levi (ed.): Emotions - their parameters and
measurement

New York (Raven Press) (1975), 47-67

LAZARUS, R.S., J.R. AVERILL and E.M. OPTON:

The psychology of coping: Issues of research and assessment

In: G.V. Coelho, D.A. Hamburg and J.E. Adams(eds.): Coping
and adaptation

New York (Basic Books) (1974), 249-315

LAZARUS, R.S., J.R. AVERILL and E.M. OPTON:

Ansatz zu einer kognitiven Gefühlstheorie

In: N. Birbaumer (Hrsg.): Psychophysiologie der Angst
München u.a.O. (Urban & Schwarzenberg) 2. (1977), 182-207

LEBOW, J.L.:

Consumers assessments of the quality of medical care

Medical Care 12 (1974), 328-337

LEDERER, H.D.:

How the sick view their world

Journal Social Issues 8 (1952), 4-15

LEIGH, J.M., J. WALKER and P. JANAGANATHAN:

Effect of preoperative anaesthetic visit on anxiety

British Medical Journal (1977), 2, 987-989

LEISTIKOW, D.:

Das deutsche Krankenhaus in der ersten Hälfte des
19. Jahrhunderts

In: Studien zur Krankenhausgeschichte im 19. Jahrhundert
im Hinblick auf die Entwicklung in Deutschland

Göttingen (Vandenhoeck & Ruprecht) (1976), 11-37

LEPSIUS, M.R.:

Max Weber in München

Zeitschrift für Soziologie 6 (1977), 103-118

LESKY, E.:

Das Wiener Allgemeine Krankenhaus. Seine Gründung und
Wirkung auf deutsche Spitäler.

Clio Medica 2 (1967), 23-37

LEVENTHAL, H.:

Findings and theory in the study of fear communication

In: Berkowitz (ed.): Advances in experimental social
psychology. Vol. 5. New York (Academic Press) (1970),
120-185

LEVENTHAL, H.:

The consequences of depersonalization during illness and
treatment

In: J. Howard and A. Strauss (eds.): Humanizing health
care. New York (Wiley) (1975), 119-161

LEVI, L.:

Stress and distress in response to psychosocial stimuli

Oxford u.a.O. (Perramon) (1972)

LEY, PH.:

Towards better doctor-patient communications

In: A.E. Benett (ed.): Communications between doctors and patients

Oxford u.a.O. (Oxford University Press) (1976), 77-98

LEY, PH., P.W. BRADSHAW, J.A. KINCEY and ST.T. ATHERTON:

Increasing patients' satisfaction with communications

British Journal Social and Clinical Psychology 15
(1976), 403-413

LEY, P. and M.S. SPELMAN:

Communications in an out-patient setting

British Journal Social Clinical Psychology 4 (1965),
114-116

LIPOWSKI, Z.J.:

Psychosomatic medicine in a changing society:
Some current trends in theory and research.

In: P. Insel and R. Moos (eds.): Health and the social environment

Toronto (Heath) (1974), 397-413

LITMAN, TH. J.:

The sociology of medicine and health care:

A research bibliography.

San Francisco (Boyd & Fraser) (1976)

LOCKER, D. and D. DUNT:

Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care

Social Science Medicine 12 (1978), 283-292

LOWERY, B., B. JACOBSON and A. KEANE:

Relationship of locus of control to preoperative anxiety

Psychological Reports 37 (1975), 1115-1121

LUCENTE, F.E. and ST. FLECK:

A study of hospitalization anxiety in 408 medical and surgical patients

Psychosomatic Medicine 34 (1972), 304-312

LUCKMANN, TH. und W.M. SPRONDEL (Hrsg.):

Berufssoziologie

Köln (Kiepenheuer & Witsch) (1972)

LYNCH, J.J.:

The lonely heart

New York (Basic Books) (1977)

LYNCH, J.J., S.A. THOMAS, D.A. PASKEWITZ, A.H. KATCHER and
L.O. WEIR:

Human contact and cardiac arrhythmia in a coronary
care unit

Psychosomatic Medicine 39 (1977), 188-192

MARSTON, M.-V.:

Compliance with medical regimens: a review of the
literature

Nursing Research 19 (1970), 312-323

MARTINEZ-URRUTIA, A.:

Anxiety and pain in surgical patients

Journal Consulting Clinical Psychology 43 (1975), 437-442

MARTINI, P.:

Arzt und Kranker

Universitas 6 (1953), 450-458

MASLOW, A.H.:

The need to know and the fear of knowing

Journal General Psychology 68 (1963), 111-125

MASON, J.W., E.J. SACHAR, J.R. FISHMAN, D.A. HAMBURG and
J.H. HANDLON:

Corticosteroid responses to hospital admission

Archives General Psychiatry 13 (1965), 1-8

MASON, M.:

Einige Probleme der klinischen Prüfung von Antirheumatika
bei ambulant behandelten Patienten

In: F.J. Wagenhäuser (Hrsg.): Polyarthritiden
Bern (Huber) (1977), 286-291

MATSON, R.R. and N.A. BROOKS:

Adjusting to multiple sclerosis: an exploratory study

Social Science Medicine 11 (1977), 245-250

MAYNTZ, R. (Hrsg.):

Bürokratische Organisation

Köln-Berlin (Kiepenheuer & Witsch) 2. (1971)

MAYNTZ, R. und R. ZIEGLER:

Soziologie der Organisation

In: R. König (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozial-
forschung. Band 9. Stuttgart (Enke) 2. (1977), 1-141

McINTOSH, J.:

Process of communication, information seeking and control
associated with cancer

Social Science Medicine 8 (1974), 167-187

McINTOSH, J.:

Communication and awareness in a cancer ward

London-New York (Croom Helm-Prodinst) (1977)

McKINLAY, J.B.:

Who is really ignorant - physician or patient ?

Journal Health Social Behavior 16 (1975), 3-11

McREYNOLDS, P.:

Assimilation and anxiety

In: M. Zuckerman and CH.D. Spielberger (eds.):
Emotions and anxiety

Hillsdale (Lawrence Erlbaum) (1976), 35-86

MECHANIC, D.:

The growth of bureaucratic medicine

New York (Wiley) (1976)

MECHANIC, D.:

Medical sociology

New York (Free Press) 2. (1978)

MEERWEIN, F., S. KAUF und G. SCHNEIDER:

Bemerkungen zur Arzt-Patientenbeziehung bei Krebskranken

Zeitschrift Psychosomatische Medizin (1976), 278-300

MEYER, M.W. and M.C. BROWN:

The process of bureaucratization

American Journal Sociology 83 (1977), 364-385

MIKOREY, M.:

Der Arzt und die letzten Dinge

Medizinische Klinik 50 (1955), 954-961

MILLER, J.:

Der Arzt vor dem Kranken mit infausser Prognose

Medizinische Klinik 50 (1955), 961-964

MILLER, N.E.:

The role of learning in physiological response to stress

In: G. Serban (ed.): Psychopathology of human adaptation.
New York (Plenum) (1976), 25-46

MITCHELL, G.W. and A.S. GLICKSMAN:

Cancer patients: Knowledge and attitudes.

Cancer 40 (1977), 61-66

MOHL, H.:

Patientensorgen - Patientenwünsche

Chirurg 47 (1976), 103-106

MOMMSEN, W.:

Max Weber. Gesellschaft, Politik und Geschichte.

Frankfurt (Suhrkamp) (1974)

MOORE, W.E. and M.M. TUMIN:

Some social functions of ignorance

American Sociological Review 14 (1949), 787-795

MORRIS, G.O. and L.C. WYNNE:

Schizophrenic offspring and parental style of communication

Psychiatry 28 (1965), 19-44

MUELLER, D.P., D.W. EDWARDS and R.M. YARVIS:

Stressful life events and psychiatric symptomatology: Change or undesirability?

Journal Health Social Behavior 18 (1977), 307-317

MURKEN, A.:

Die Entwicklung des Krankenhauses seit dem 19. Jahrhundert

Krankenhaus 63 (1971), 291-296

MURKEN, A.H.:

Sanitärtechnische Einrichtungen im deutschen Krankenhaus des 19. Jahrhunderts

Zentralblatt Bakteriologie Hygiene 159 (1974), 234-268

MURKEN, A.H.:

Die Entwicklung und Bedeutung der Anti- und Asepsis für das deutsche Krankenhauswesen von 1867 bis zum Ersten Weltkrieg

Öffentliche Gesundheitswesen 38 (1976), 681-696

NAGEL, H.:

Ursprung und Sinn hierarchischer Ordnung im Krankenhaus

Krankenhausarzt 45 (1972), 7-23

NOELLE-NEUMANN, E.:

Krankenhaus und Zeitgeist

Fachvereinigung der Verwaltungsleiter deutscher Krankenanstalten e.V. Wiesbaden (1978)

NOELLE, E. und F.P. NEUMANN (Hrsg.):

Jahrbuch der Öffentlichen Meinung 1968-1973

Allensbach und Bonn (1974)

NUGENT, CH., J. WARD, W.D. MACDIARMID, J. McCALL, J. BAUKOL and F.H. TYLER:

Single contrasted with divided daily doses of prednisolone

Journal Chronic Disease 18 (1965), 323-332

OAKES, T.W., J.R. WARD, R.M. GRAY, M.R. KLAUBER and P.M. MOODY:

Family expectations and arthritis patient compliance to a hand resting splint regimen

Journal Chronic Diseases 22 (1970), 757-764

OKEN, D.:

What to tell cancer patients

Journal American Medical Association 175 (1961), 86-94

PALMER, J.W.:

Staff-patient communications in a chest hospital

British Journal Preventive Social Medicine 20 (1966), 195-201

PARIN, P.:

Das Ich und die Anpassungs-Mechanismen

Psyche 31 (1977), 481-515

PARKES, C.M.:

Psychosocial transitions: a field for studies.

Social Science Medicine 5 (1971), 101-115

PARKIN, D.M., C.R. HENNEY, J. QUIRK and J. CROOKS:

Deviation from prescribed drug treatment after discharge from hospital

British Medical Journal 2 (1976), 686-688

PATZER, V.:

Die Institutionen der Krankenversorgung und medizinische Berufe

In: R. Geissler und P. Thoma (Hrsg.): Medizinsoziologie, Frankfurt (Campus) (1975), 211-246

PECK, A. and J. BOLAND:

Emotional reactions to radiation treatment
Cancer 40 (1977), 180-184

PETRICH, J. and TH. H. HOLMES:

Life change and onset of illness
Medical Clinics of North America 61 (1977), 835-838

PETSCH, G.:

Ausbildungs- und Arbeitsbelastungen bei Schwestern-
schülerinnen
Med.Diss.Marburg (1979)

PFEIFFER, D.K.:

Organisationssoziologie
Stuttgart u.a.O. (Kohlhammer) (1976)

PFETSCH, F. und A. ZLOCZOWER:

Innovation und Widerstände in der Wissenschaft
Düsseldorf (Bertelsmann Universitäts-Verlag) (1973)

PFLANZ, M.:

Medizinsoziologie
In: R. König (Hrsg.): Handbuch der empirischen Sozial-
forschung. Band II. Stuttgart (Enke) (1969), 1123-1156

PFLANZ, M.:

Grenzen des Wachstums - Grenzen der Medizin
Der Niedergelassene Arzt 27 (1978), H.2, 47-58

POPITZ, H.:

Soziale Normen
Europäisches Archiv Soziologie 2 (1961), 185-198

POPITZ, H.:

Der Begriff der sozialen Rolle als Element der
soziologischen Theorie
Tübingen (Siebeck) 2. (1968)

RAHE, R.H. and R.J. ARTHUR:

Life change and illness studies: past history and
future directions
Journal Human Stress 4 (1978), 3-15

RAPHIAEL, W.:

Patients and their hospitals
London (King Edward's Hospital Fund) 3. (1977)

RASPE, H.-H.:

Institutionalisierte Zumutungen an Krankenhauspatienten

In: H. Begemann (Hrsg.): Patient und Krankenhaus
München u.a.O. (Urban & Schwarzenberg) (1976a), 1-24

RASPE, H.-H.:

Informationsbedürfnisse und faktische Informiertheit
bei Krankenhauspatienten

In: H. Begemann (Hrsg.): Patient und Krankenhaus
München (Urban & Schwarzenberg) (1976b), 49-70

RASPE, H.-H.:

Probleme des qualifizierten Pflegepersonals im
Krankenhaus

Das Krankenhaus 68 (1976c) , 376-380

RASPE, H.-H.:

Informationsbedürfnisse von Patienten - Aufklärungs-
intentionen von Ärzten im Akutkrankenhaus

Medizinische Welt N.F. 28 (1977), 1990-1993

RASPE, H.-H.:

Der Patient als Partner

Tutzingen Blätter II. 3 (1977), 12-16

RASPE, H.-H.:

Die Aufklärung des Krankenhauspatienten -
Eine Gemeinschaftsaufgabe von Ärzten und Schwestern

Schwestern Revue 16 (1978), 4-10

RASPE, H.-H.:

Psychische und somatische Beanspruchungsindikatoren
bei Krankenhauspatienten - eine Längsschnittuntersuchung

In: U. Stockmeyer und D. Langen (Hrsg.): Sozialpolitische
Konsequenzen der Stressforschung, Berlin u.a.O.
(Springer) (1978), im Druck

RASPE, H.-H.:

Die Aufklärung des Krankenhauspatienten und das
Problem des Hospitalismus

Deutsche Medizinische Wochenschrift 103 (1978), 1998-2003

RASPE, H.-H.:

Warum fragen Krankenhauspatienten so wenig ?

Eine medizinsoziologische Untersuchung der Stationsarzt-
visite

Therapiewoche 29 (1979), im Druck

RASPE, H.-H.:

Neue Wege der Hospitalismusforschung
(in Vorbereitung)

RASPE, H.-H. und G. EULENBURG:

Diachrone Befindensänderungen bei Kurpatienten - eine
Untersuchung psychosozialer Determinanten
Zeitschrift für Physikalische Medizin 6 (1977), 19-21

RASPE, H.-H. und G. EULENBURG:

Wie stehen vorklinische Medizinstudenten zur Aufklärung
des Patienten ?
Medizinische Klinik 73 (1978), 1141-1145

RASPE, H.-H. und J. SIEGRIST:

Zur Gestalt der Arzt-Patient-Beziehung im stationären
Bereich
In: J. Siegrist und A. Hendel-Kramer (Hrsg.): Wege zum
Arzt. München (Urban & Schwarzenberg) (1979), 113-138

READER, G.G., L. PRATT and M.C. MUDD:

What patients expect from their doctors
Modern Hospital 89 (1957), 88-94

REICH, P. and M.J. KELLY:

Suicide attempts by hospitalized medical and surgical
patients
New England Journal Medicine 294 (1976), 298-301

REIMANN, B.C.:

Strukturdimensionen bürokratischer Organisationen.
Eine empirische Würdigung.
In: K. Türk (Hrsg.): Organisationstheorie
Hamburg (Hoffmann und Campe) (1975), 18-31

REIMANN, H.:

Sozialstrukturelle Aspekte stationärer Versorgung
In: Ders. und H. Reimann (Hrsg.): Medizinische Versorgung.
München (Goldmann) (1976), 109-141

RIDDER, P.:

Zwischen Bürokratie und menschlicher Hilfe
Medizin Mensch Gesellschaft 3 (1978), 145-153

RITTER-RÜHRP, D. (Hrsg.):

Medizin-Soziologie
Stuttgart (Schattauer) (1976)

ROBINSON, G. and A. MERAV:

Informed consent: recall by patients tested postoperatively.

Annals Thoracic Surgery 22 (1976), 209-212

ROHDE, J.J.:

Strukturelle Momente der Inhumanität einer humanen Institution

In: O. Döhner (Hrsg.): Arzt und Patient in der Industriegesellschaft

Frankfurt (Suhrkamp) (1973), 13-35

ROHDE, J.J.:

Soziologie des Krankenhauses

Stuttgart (Enke) 2. (1974)

ROHDE, J.J.:

Veranstaltete Depressivität

Internist 15 (1974), 277-282

ROHDE, J.J.:

Der Patient im sozialen System des Krankenhauses

In: D. Ritter-Röhr (Hrsg.): Der Arzt, sein Patient und die Gesellschaft

Frankfurt (Suhrkamp) (1975), 167-210

ROHDE, J.J. und CH. ROHDE-DACHSER:

Soziologie und Sozialpsychologie des klinischen Bereichs

In: W.J. Schraml und U. Baumann (Hrsg.): Klinische Psychologie I.

Stuttgart (Huber) 3. (1975), 49-77

ROSE, R.M. and M.W. HURST:

Plasma cortisol and growth hormone responses to intravenous catheterization

Journal Human Stress 1 (1975), 22-36

ROSENGREN, W.R. and M. LEFTON:

Hospitals and patients

New York (Atherton) (1969)

RÖPING, H.:

Wesen und Inhalt der ärztlichen Aufklärungspflicht

Deutsche Medizinische Wochenschrift 102 (1977), 368-370

SACHS, L.:

Angewandte Statistik
Berlin (Springer) 4. (1974)

SACKETT, D.L., R.B. HAYNES, E.S. GIBSON, B.C. HACKETT,
D.W. TAYLOR, R.S. ROBERTS and A.L. JOHNSON:

Randomised clinical trial of strategies for improving
medication compliance in primary hypertension
Lancet (1975), 1, 1205-1207

SACKETT, D.L. and R.B. HAYNES:

Compliance with therapeutic regimens
Baltimore (John Hopkins) (1976)

SAMP, R.J. and A.R. CURRERI:

A questionnaire survey on public cancer education
obtained from cancer patients and their families
Cancer 10 (1957), 382-384

SELIGMAN, M.:

Helplessness. On depression, development, and death
San Francisco (Freeman) (1975)

SELYE, H.:

Stress in health and disease
Boston-London (Butterworths) (1976)

SEMBDNER, H. (Hrsg.):

Heinrich von Kleists Lebensspuren
Frankfurt (Insel) (1977)

SHIPLEY, R.H., J.H. BUTT, B. HORWITZ and J.E. FARBRY:

Preparation for a stressful medical procedure:
effect of amount of stimulus preexposure and coping
style

Journal Consulting Clinical Psychology 46 (1978), 499-507

SIEGRIST, J.:

Erfahrungsstruktur und Konflikt bei stationären
Patienten

Zeitschrift Soziologie 1 (1972), 271-280

SIEGRIST, J.:

Das Krankenhaus aus soziologischer Sicht

Themen der Krankenpflege 1 (1973), 236-271

SIEGRIST, J.:

Der Doppelaspekt der Patientenrolle im Krankenhaus.
Empirische Befunde und theoretische Überlegungen.

In: H. Begemann (Hrsg.): Patient und Krankenhaus
München (Urban & Schwarzenberg) (1976), 25-48

SIEGRIST, J.:

Asymmetrische Kommunikation bei klinischen Visiten
Medizinische Klinik 71 (1976), 1962-1966

SIEGRIST, J.:

Lebensereignisse und Krankheitsausbruch:
Ergebnisse und Probleme aus medizinsoziologischer Sicht
Sozialwissenschaftliche Annalen 1 (1977), Reihe B, 57-69

SIEGRIST, J.:

Lehrbuch der Medizinischen Soziologie
München u.a.O. (Urban & Schwarzenberg) 3. (1977)

SIEGRIST, J.:

Arbeit und Interaktion im Krankenhaus
Stuttgart (Enke) (1978)

SIEGRIST, J., M. BEGEMANN und H.-H. RASPE:

Arbeit und Interaktion im Krankenhaus
Abschlußbericht an die DFG (EN 17/8)
Unveröffentlichtes Manuskript. Marburg (1974)

SIGERIST, H.E.:

Das Leben unter dem Schatten
In: M. Pinner und B.F. Miller (Hrsg.):
Was Ärzte als Patienten erlebten.
Stuttgart (Kilpper) (1953), 19-38

SIGERIST, H.E.:

Große Ärzte
München (Lehmanns) 3. (1954)

SIME, A.M.:

Relationship of preoperative fear, type of coping, and
information received about surgery to recovery from
surgery.

Journal Personality Social Psychology 34 (1976), 716-724

SIMMEL, G.:

Soziologie
Berlin (Duncker und Humblot) 5. (1968)

SINGER, M.T. and L.C. WYNNE:

Principles for scoring communication defects and
deviances in parents of schizophrenics

Psychiatry 29 (1965), 260-288

SKIPPER, J.K.:

Communication and the hospitalized patient

In: J.K. Skipper and R.C. Leonard (eds):

Social interaction and patient care

Philadelphia (Lippincott) (1965), 61-82

SKIPPER, J.K., D.L. TAGLIACOZZO, H.O. MAUKSCH:

What communication means to patients

American Journal Nursing 64 (1964), 101-103

SKIPPER, J.K. and P.D. Leonard:

Children, stress and hospitalization

Journal Health Social Behavior 9 (1968), 275-287

SNYDER, D.N., G.L. PAUK and D.W. ROWDEN:

Selected factors in physician communication with
hospital out-patients

Clinical Research 22 (1974), 24A

SPFLMAN, M.S., P. LEY and C. JONES:

How do we improve doctor-patient communications in
our hospitals ?

World Hospitals 2 (1966), 126-134

SPIEGEL, A.D. and H.W. DEMONE:

Questions of hospital patients - unasked and unanswered

Postgraduate Medicine 40 (1968), 215-218

SPIELBERGER, CH.D., ST. M. AUERBACH, A.P. WADSWORTH, TH.M. DUNN
and E.S. TAULBEE:

Emotional reactions to surgery

Journal Consulting Clinical Psychology 40 (1973), 33-38

SUDNOW, D.:

Organisiertes Sterben

Frankfurt (Fischer) (1973)

SUSSEP, M.W. and W. WATSON:

Sociology in medicine

London (Oxford University Press) 2. (1971)

SVARSTAD, B.L.:

Physician-patient communication and patient conformity
with medical advice

In: D. Mechanic (ed.): The growth of bureaucratic medicine.
New York (Wiley) (1976), 220-238

SWERTZ, P.:

Grundbegriffe der Soziologie für Krankenpflegekräfte
Freiburg (Lambertus) 3. (1974)

SCHACHTEL, E.G.:

The development of focal attention and the emergence
of reality

Psychiatry 17 (1954), 309-324

SCHACHTER, ST. and J.E. SINGER:

Cognitive, social, and physiological determinants
of emotional state

Psychological Review 69 (1962), 379-399

SCHADEWALDT, H.:

Idee und Wirklichkeit des Krankenhauses im 19. Jahr-
hundert

Krankenhaus 63 (1971), 286-296

SCHADEWALDT, H.:

Krankenhauspolitik in den letzten vier Jahrhunderten

Arzt und Krankenhaus 1 (1976), Nr. 11, 9-18

SCHAEFFER, H. und H. HEINEMANN:

Modelle sozialer Einwirkungen auf den Menschen
(Sozialphysiologie)

In: M. Blohmke, Ch. v. Ferber, K.P. Kisker und H.Schaefer
(Hrsg.): Handbuch der Sozialmedizin, Band I.
Stuttgart (Enke) (1975), 92-131

SCHMÄDEL, D.:

Nichtbefolgung ärztlicher Anordnungen

Medizinische Klinik 71 (1976), 1460-1466

SCHMITT, F.E. and P.J. WOOLDRIDGE:

Psychological preparation of surgical patients

Nursing Research 22 (1973), 108-116

SCHRENK, M.:

"Ich bin der Arzt, Dein Herr". Zur Erinnerung an den
200. Geburtstag von Maximilian Jacobi

Historia Hospitalium H. 11 (1976), 133-148

SCHREY, A.:

Patienten-Compliance

Medizinische Klinik 72 (1977), 2179-2185

SCHWEISHEIMER, W.:

Das Recht auf den Tod

HNO 22 (1974), 334-335

STEINMANN, G., J. NORDMEYER, F.-W. DENEKE und M. V. KERKJARTO:

Nonverbale Kommunikation zwischen Arzt und Patient während der Visite

Medizinische Psychologie 4 (1978), 68-80

STEVENS, D.P., RH. STAGG and I.R. MACKAY:

What happens when hospitalized patients see their own records

Annals Internal Medicine 86 (1977), 474-477

STEWART, R.B. and L.E. CLUFF:

A review of medication errors and compliance in ambulant patients

Clinical Pharmacology Therapeutics 13 (1972), 463-468

V. STEYNITZ, J.:

Ohne Weh und Klage bedienen

Deutsches Ärzteblatt 72 (1975), 891-895

STIMSON, G.:

Obeying doctor's orders: a view from the other side

Social Science Medicine 8 (1974), 97-104

STIMSON, G.V.:

Doctor-patient interaction and some problems for prescribing

Journal Royal College General Practitioner
26 Suppl. 1 (52) (1976), 88-96

STRAUSS, A., L. SCHATZMAN, D. EHRLICH, R. BUCHER and

M. SABSHIN:

The hospital and its negotiated order

In: E. Freidson (ed.): The hospital in modern society.
London (Free Press) (1963), 147-169

TACLIACCOZZO, D.L. and H.O. MAUKSCH:

The patient's view of the patient's role

In: E.G. Jaco (ed.): Patients, physicians and illness.
New York (Free Press) 2. (1972), 172-185

TAUBES, J.:

Das Unbehagen an den Institutionen. Zur Kritik der soziologischen Institutionenlehre.

In: H. Schelsky (Hrsg.): Zur Theorie der Institution. Düsseldorf (Bertelsmann Universitätsverlag) 2. (1973), 67-76

TEICHNER, W.H.:

Interaction of behavioral and physiological stress reactions

Psychological Review 75 (1968), 271-291

TENBRUCK, F.H.:

Das Werk Max Webers

Kölner Zeitschrift Soziologie Sozialpsychologie 27 (1975), 663-702

TOLSON, W.W., J.W. MASON, E.J. SACHAR, D.A. HAMBURG,

J.H. HANDLON and J.R. FISHMAN:

Urinary catecholamine responses associated with hospital admission in normal human subjects

Journal Psychosomatic Research 8 (1965), 365-372

V. TROSCHKE, J. und J. SIEGRIST:

Das Krankenhaus-Patientenheft in der Ernöbung

Deutsches Ärzteblatt 74 (1977), 2393-2396

TUCKETT, D.:

An introduction to medical sociology

London (Tavistock) (1976)

TÜRK, K.:

Soziologie der Organisation

Stuttgart (Enke) (1978)

V. UEXKÖLL, TH.:

Das Problem der Ausbildung zum Arzt in der modernen Welt

Deutsches Ärzteblatt 68 (1971), 709-714

UNGER, W.:

Die Erziehung zum Arzt als Teil ärztlicher Ausbildung in der Medizin der Aufklärung

Medizinische Dissertation Hannover (1977)

URBAN, H.:

Sprachliche Kommunikationsstruktur der ärztlichen Visite auf einer internistisch-psychosomatischen Station

Medizinische Dissertation Ulm (1978)

VERNON, D.T.A.:

Information seeking in a natural stress situation
Journal Applied Psychology 55 (1971), 359-363

VETTER, N.J., E.L. CAY, A.E. PHILIP and R.C. STRANGE:

Anxiety on admission to a coronary care unit
Journal Psychosomatic Research 21 (1977), 73-78

VETTESE, J.M.:

Problems of the patient confronting the diagnosis
of cancer

In: J.W. Cullen, B.H. Fox and R.N. Isom (eds.):
Cancer: The behavioral dimensions
New York (Raven) (1976), 275-282

VIRCHOW, R.:

Heber Hospitler und Lazarette
Berlin (Lderitzsche Verlagsbuchhandlung) (1869)

VOLICER, B.J. and M.W. BOHANNON:

A hospital stress rating scale
Nursing Research 24 (1975), 352-359

VOLICER, B.J. and M.W. BURNS:

Preexisting correlates of hospital stress
Nursing Research 26 (1977), 408-415

VOLICER, B.J., M.A. ISENBERG and M.W. BURNS:

Medical-surgical differences on hospital stress factors
Journal of Human Stress 3 (1977), 3-13

VUORI, H., T. AAKU, E. AINE, R. ERKKO and R. JOHANSSON:

Doctor-patient relationship in the light of
patients' experiences
Social Science Medicine 6 (1972), 723-730

WACHSMUTH, W.:

Chirurgie zwischen Gesetz und Gewissen
Chirurg 47 (1976), 469-474

WADDINGTON, I.:

The role of the hospital in the development of modern
medicine: A sociological analysis
Sociology 7 (1973), 211-224

WADSWORTH, M.:

Studies in doctor-patient communication
In: Ders. and D. Robinson (eds.): Studies in everyday
medical life
London (Robertson) (1976), 3-12

WAITZKIN, H. and J.D. STOECKLE:

The communication of information about illness
Advances in Psychosomatic Medicine 8 (1972), 180-215

WAITZKIN, H. and J.D. STOECKLE:

Information control and the micropolitics of
health care
Social Science Medicine 10 (1976), 263-276

WEBER, E., U. GUNDERT-REMY und A. SCHREY:

Patienten Compliance
Baden-Baden (Witzstrock) (1977)

WEBER, E. und U. GUNDERT-REMY:

Illusion und Realität: Die Praxis der Arzneimittell-
einnahme
Zeitschrift Allgemeinmedizin 54 (1978), 57-59

WEBER, M.:

Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden
Soziologie
Tübingen (Mohr) 5. (1976), 2 Halbbände

WEINTRAUB, M.:

Intelligent noncompliance and capricious compliance
In: L. Lasagna (ed.): Patient compliance. Principles
and techniques of human research and therapeutics.
Vol. X, Mount Liso (Eutnea Publishing Comp.)
(1976), 39-47

WEISMAN, A.D.:

Coping behavior and suicide in cancer
In: J.W. Cullen, B.H. Fox and R.N. Isom (eds.):
Cancer: The behavioral dimensions
New York (Raven) (1976), 331-341

WEISS, J.M.:

Effects of coping behavior in different warning signal
conditions on stress pathology in rats
Journal Comparative and Physiological Psychology 77
(1971), 1-13

V. WEIZSÄCKER, V.:

Grundfragen medizinischer Anthropologie
In: Ders.: Diesseits und jenseits der Medizin.
Stuttgart (Koehler) (1950), 136-166

V. WEIZSÄCKER, V.:

Der Gestaltkreis
Frankfurt (Suhrkamp) (1973)

V. WEIZSÄCKER, V.:

Natur und Geist

München (Kindler) o.J.

WENDER, P.H.:

Communicative unclarity: Some comments on the rhetoric of confusion

Psychiatry 30 (1967), 332-349

WHITE, R.W.:

Strategies of adaptation: An attempt at systematic description

In: G.V. Coelho, D.A. Hamburg and J.E. Adams (eds.): Coping and adaptation

New York (Basic Books) (1974), 47-68

WIECK, H.H., H. VALENTIN und K.G. SPECHT (Hrsg.):

Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie

Stuttgart (Schattauer) (1973)

WITZEL, L.:

Das Verhalten von sterbenden Patienten

Verhandlungen Deutsche Gesellschaft Innere Medizin 82 (1976), 1989-1990

WOLFER, J.A. and C.E. DAVIS:

Assessment of surgical patients' preoperative emotional condition and postoperative welfare

Nursing Research 19 (1970), 402-415

WOLFER, J.A. and M.A. VISINTAINER:

Pediatric surgical patient's and parent's stress responses and adjustment

Nursing Research 24 (1975), 244-255

WOODMAN, D.D., J.W. HINTON and M.T. O'NEILL:

Cortisol secretion and stress in maximum security hospital patients

Journal Psychosomatic Research 22 (1978), 133-136

WUNDERLI, J. und K. WEISSHAUPT (Hrsg.):

Medizin im Widerspruch

Olten (Walter) 1977

WYNNE, L.C.:

Methodologic and conceptual issues in the study
of schizophrenics and their families.

In: D. Rosenthal and S. Kety (eds.):
The transmission of schizophrenia

Oxford (Oxford University Press) (1968), 185-199

ZANDER, J.:

Arzt und Patient. Erwartungen und Wirklichkeit

In: Ders. (Hrsg.): Arzt und Patient
Müsseldorf (Patmos) (1976), 9-30

ZELLER, E.:

Arztstimmen

Stuttgart (Hippokrates) 2. (1943)

V. ZERSSEN, D. und M. KOELLER:

Die Befindlichkeits-Skala

Weinheim (Belz) (1976)

Dr.med. Hans-Heinrich RASPE

LEBENS LAUF

Am 13.9.1945 wurde ich als Ältestes Kind des heutigen Facharztes für Nervenheilkunde Dr.med. Heinrich RASPE und seiner 1964 verstorbenen Ehefrau Alexandrine RASPE, geb. TSCHIRCH, in Lübeck geboren.

Von 1956 an war ich Schüler der altsprachlichen Abteilung des Katharineums zu Lübeck, das ich 1965 mit dem Reifezeugnis verließ.

Das im Sommersemester 1965 begonnene Studium der Humanmedizin in Freiburg und Lübeck schloß ich im November 1970 mit dem Staatsexamen in Freiburg ab.

Die medizinische Promotion mit der Dissertation über das Thema "Kinderärzte als Erzieher - ein spezieller Beitrag zur allgemeinen Geschichte der Pädiatrie (1800 - 1908)" erfolgte im April 1973; die Approbation als Arzt im Juni 1976.

Das Soziologiestudium am Freiburger Institut (Leiter Prof. Dr. H. POPITZ) erstreckte sich von 1970 bis 1973.

Von November 1973 bis August 1978 war ich als Wissenschaftlicher Angestellter an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Philipps-Universität Marburg (Leiter Prof. Dr. J. SIEGRIST) tätig.

Seit dem 1.9.1978 stehe ich in einer internistischen Facharztausbildung am Department Innere Medizin der Medizinischen Hochschule Hannover (Geschäftsführender Direktor Prof.Dr.F.HARTMANN).

Ich bin verheiratet mit Dr.med. Angelica RASPE, geb. REHN.
Wir haben zwei Töchter.

